

## Роль и место противорецидивной и поддерживающей терапии в системе современной наркологической помощи

ЕРЕЖЕПОВ Н.Б. к.м.н., директор РНПЦ МСПН, Павлодар, Казахстан

*Анализируется понятие «ремиссия», используемое в наркологической практике, приводятся подробные сведения о длительности ремиссии зависимых от наркотиков по результатам многочисленных исследований, проводимых в мире. Рассматриваются системы факторов, оказывающих влияние на длительность и качество ремиссии. Анализируются подходы к организации противорецидивной и поддерживающей терапии. Подробно рассматриваются технологии наркологической помощи на данном этапе ее оказания.*

*Ключевые слова: наркотическая зависимость, противорецидивная и поддерживающая терапия, организация наркологической помощи*

### Введение

Мировое сообщество и каждая страна в отдельности столкнулись в последние десятилетия со все возрастающей наркоугрозой. Злоупотребление наркотиками и сформированные наркотические зависимости имеют существенное социальное значение, отражаясь на государственной и внутригосударственной деятельности во всех странах — воспитательной, образовательной, медицинской, информационной, экономической, политической. Масштабность этого воздействия определяется уровнем потребления наркотиков в каждом конкретном регионе [71], а также эффективностью противодействующих усилий [16]. Между тем, практически повсеместно констатируется незначительный (25—27% от общей популяции наркопотребителей) охват наркозависимых какими-либо видами наркологической помощи [108].

При том что желание избавиться от зависимости констатируется у большей части наркозависимых со стажем употребления наркотиков от 2 лет и более (51,5%), у 38,6% из них первое обращение становится единственным в силу низкого качества, неэффективности, дороговизны предоставляемых услуг, несоответствия их ассортимента нуждам и потребностям основных целевых групп [177]. Недостаточный охват адекватной наркологической помощью наиболее проблемной группы — потребителей инъекционных наркотиков — является одной из главных причин распространения ВИЧ на территории постсоветского пространства и низкой эффективности антиретровирусной терапии у ВИЧ-инфицированных наркозависимых [190, 252]. Число смертей от передозировок (только официально учитываемых) в Российской Федерации в период 2006—2007 гг. среди больных наркоманией составило до 100 тыс. в год. В охваченном наркологической помощью контингенте показатель годовой ремиссии после лечения, по данным за

2007 г., не превышал 8,6% [150]. Наркозависимые в постсоветских республиках являются одними из самых стигматизированных пациентов, а наркология — одной из самых стигматизированных врачебных специальностей [12]. Настоящее положение дел в такой важной социальной отрасли, как оказание наркологической помощи, противоречит международным принципам прав человека, в частности замечанию общего порядка №14 к Международному Пакту об экономических, социальных и культурных правах (Право на наивысший достигаемый уровень здоровья) [231]. В связи с этим предлагается безотлагательное проведение соответствующих законодательных и организационных реформ с акцентом на оказание адекватной наркологической помощи наиболее уязвимым контингентам [230]. По мнению А.Э. Шамота и У.В. Вальковой, современная организация наркологической помощи должна представлять собой сложнейшую многоуровневую систему взаимодействия различных медицинских и социальных структур, включая общественные организации и НПО [243].

По данным ВОЗ и Европейского центра наркомониторинга (ЕМСДДА), наиболее успешным в плане оказания адекватной наркологической помощи является сотрудничество:

- 1) программ раннего выявления зависимостей;
- 2) низкопороговых программ наркологической помощи, включая аутрич-работу;
- 3) программ дифференцированной терапевтической помощи, включая противорецидивную и поддерживающую терапию зависимых от ПАВ [57].

Успешным примером такого сотрудничества на территории Восточной Европы может быть деятельность ассоциации «Монар», центры терапии которой в обязательном порядке включают в себя постреабилитационные отделения [91]. Основная тенденция последних лет заключается в движении от узко меди-

цинского к востребованному социальному содержанию современной наркологической помощи. В ходу термин *социальная наркология*, который включает в себя:

- 1) эмпирическую социологическую науку;
- 2) терапевтическую практику;
- 3) реабилитационную и социально-психологическую деятельность, главной целью которой являются сохранение психического здоровья и интеграция наркологических больных в общество [119].

То есть речь идет о достижении стойкой терапевтической ремиссии. Именно поэтому противоречивая и поддерживающая терапия является краеугольным камнем современной наркологии [138, 213].

В связи с этим особенно важными и актуальными являются исследования, обосновывающие систему профессиональных стандартов в сфере оказания противоречивой и поддерживающей терапии зависимым от психоактивных веществ (ПАВ), с масштабным внедрением результатов в практику [13, 14].

## 1. Ремиссии у зависимых от наркотиков и других психоактивных веществ: общие и специальные характеристики

### 1.1. Общие характеристики ремиссий у зависимых от ПАВ

Для аддиктивной патологии до настоящего времени остаются непроработанными понятия: *болезнь, здоровье, выздоровление*. В то же время, классические определения данных понятий, по версии ВОЗ, применительно к наркологическим расстройствам не выдерживают критики. Так, например, состояние наркозависимого, употребившего привычную дозу, почти полностью соответствует определению здоровья, данному ВОЗ [222]. На сегодняшний день существует множество определений понятия *ремиссия*, принятого в медицине. Они сводятся к пониманию состояния ремиссии как «временного ослабления или исчезновения симптомов болезни» [32, 36]. В психиатрическом терминологическом словаре В.С. Гуськова приводится 10 вариантов описания состояния ремиссии, принятых в психиатрических теории и практике, однако ни одно из них не отражает специфики наркологической патологии [246].

По мнению Ю.В. Валентика, с позиций клинического подхода в наркологии, при оценке ремиссии необходимо учитывать:

- 1) степень дезактуализации патологического влечения в ПАВ;
- 2) полноту восстановления альтернативных позитивных интересов;
- 3) полноту восстановления личностного контроля своего поведения;

4) степень исчезновения других физических и психических проявлений патологического влечения и зависимости;

5) полноту отказа от употребления ПАВ;

6) степень устойчивости и длительности обратной динамики болезни;

7) глубину латентности зависимого состояния [46].

Для наркологии, как никакой другой медицинской специальности, справедливо утверждение, что терапевтическая тактика, с учетом значимости прогностических критериев, способна повлиять на характер и продолжительность ремиссии. А тезис о необходимости обеспечения продолжительных ремиссий в рамках терапевтических и реабилитационных программ является крайне актуальным. Непременным компонентом современных реабилитационных наркологических программ должны быть мероприятия и технологии, направленные на обеспечение качества ремиссионного процесса и устойчивого перевода пациентов наркологических ЛПО в рубрикации F1x20 по МКБ-10 (в настоящее время воздержание/ремиссия) [58, 148]. Суть термина *ремиссия* с учетом всего сказанного применительно к наркологическим реалиям правильнее представлять как буквальный перевод термина *re-missio* — возврат мессии, а не в качестве интерпретации искаженного термина *remito* — ослабление.

#### 1.1.1. Характеристика длительности ремиссий у лиц с наркотической зависимостью

Основная задача, стоящая перед системой наркологической помощи, — сделать ремиссию стойкой или предотвратить рецидив (что, в общем, одно и то же) подразумевает необходимость изучения параметра длительности ремиссии [30, 45]. Данный аспект является составной частью изучения всего конфликта клинико-социальных последствий наркоманий и основным критерием эффективности терапевтических усилий, направленных на предотвращение развития закономерных, крайне деструктивных и почти неизбежных финалов наркопотребления [207], особенно при неблагоприятном (высокопрогредиентном) варианте развития наркологической патологии [125, 238]. Последний тезис подкрепляется результатами некоторых исследований и устоявшимся мнением существенной части специалистов наркологического профиля о том, что только единицы больных наркоманией могут избавиться от зависимости [365]. Между тем, такая устоявшаяся точка зрения противоречит многочисленным фактам того, что аддикты, доживающие до 30-летнего возраста, в последующее десятилетие в двух третях случаев прекращают прием наркотических препаратов [468, 469]. В целом, следует отметить, что даже в отношении такой сравнительно гомогенной группы, как зависимые от опиоидов, существует значительный разброс

данных в отношении возможностей достижения как краткосрочных (до 6 мес.), так и среднесрочных (от 1 года до 5 лет) и долгосрочных (от 10 лет и выше) ремиссий. Такая ситуация, с одной стороны, обусловлена отсутствием конвенциональных критериев в отношении включения лиц, употребляющих опиаты, в первичную исследуемую популяцию — это единичные употребления, употребления с вредными последствиями либо случаи со всеми клиническими признаками сформированной зависимости; отсутствием единого подхода в отношении сегментирования исследуемой популяции наркопотребителей, таких, например, вопросов: какой сегмент принимать за основу — первичную либо результирующую выборку пациентов после отсева покинувших лечебно-реабилитационные программы, осужденных, умерших и др., с другой, общим несовершенством методологии эпидемиологических исследований, используемой в наркологической практике [96].

При анализе вероятности достижения краткосрочных (от 3 до 6 мес.) ремиссий у зависимых от опиоидов приводятся следующие данные. После проведения соответствующих курсов амбулаторного или стационарного лечения сообщается о достижении краткосрочной ремиссии у 14—45% пациентов. При этом в случае амбулаторной терапии этот показатель приближается к нижней границе эффективности [292, 316, 322, 325, 408]. Достаточно интересные данные об интенсивности распределения краткосрочных (0,5 года) ремиссий после лечения пациентов с опиоидной, алкогольной, кокаиновой, никотиновой зависимостями были получены С. О'Brien, А.Т. McLellan. В частности, было показано, что для зависимых от опиоидов этот показатель составляет 60%; для зависимых от алкоголя — 50%; для пациентов с никотиновой и кокаиновой зависимостью — 30% [403]. Для краткосрочных ремиссий, длительностью от 1 года и выше, разброс сведений в отношении зависимых от опиоидов был столь же значительным. Приводятся данные о возможности достижения такой ремиссии у 13% пациентов, завершивших соответствующие лечебные программы [112, 404]. Другие авторы сообщают о возможности достижения ремиссий длительностью от 1 года и выше у 40—53% пациентов с опиоидной зависимостью [184, 202, 323, 453]. Вероятность достижения 2,5—3-летней ремиссии у зависимых от опиоидов большинством исследователей оценивается в 12—25% [172, 194, 430, 434]. Другая группа авторов считает, что ремиссии длительностью 2—3 года достижимы в 37% случаев [411]; в 54% случаев [435]. Сообщается также о возможности достижения 3-летней ремиссии у двух третей пролеченных пациентов [327]. Особый интерес представляют данные о возможности достижения долгосрочных ремиссий длительностью от 5 лет и вы-

ше. Сложность в интерпретации такого рода исследований заключается в том, что состояние респондентов (употребляет наркотики, не употребляет наркотики — находится в состоянии ремиссии) заключается в том, что оценка дается на момент проведения катамнестического обследования или ретроспективно. То есть отсутствует возможность достоверного контроля параметров реальной продолжительности абстинентного периода (клинического, лабораторного). Тем не менее, сообщается о возможности достижения ремиссии длительностью от 5 лет и выше у 23% пациентов с героиновой зависимостью [393]. Сообщается о том, что, по данным 5—12-летнего катамнеза, на момент обследования и со слов, состояние ремиссии фиксировалось у 44% зависимых от опиоидов пациентов [258, 415]. Ряд исследователей оценивает данные такого рода скептически и отмечает довольно частый возврат к наркопотреблению даже и после длительного (многолетнего) воздержания [447]. Более строгие исследования, проведенные в отношении возможных исходов опиоидной зависимости, по данным многолетних (10-, 20-, 30-летних и выше) катамнезов, показывают следующее. По данным 10-летних катамнезов, следуют, что из доступных исследованию пациентов первичной когорты (это около 60—70%), по крайней мере, у 20% наблюдается стойкая ремиссия, а еще у 10% — нестойкая ремиссия, из чего следует вывод, что у двух третей пациентов с опиоидной зависимостью долговременный прогноз неблагоприятный [302, 329]. При исследовании 20-летних катамнезов сообщается, что среди пациентов, доступных исследованию (это 50—60% от первичной группы), состояние полной ремиссии фиксировалось в 30—35% случаев [237, 239, 332, 461]. Сведения в отношении статуса наркозависимых, по данным 30-летних катамнезов, единичны и противоречивы, что связано с организационными и методологическими сложностями в проведении такого рода исследований. Так, по мнению Y.I. Hser, большинство из оставшихся в живых потребителей героина (это 243 из 536 респондентов исследуемой группы — 45,3%) продолжало употреблять героин (40,5% от оставшихся), 35% употребляли кокаин, а 11,6% — амфетамины. У 22,1% оставшихся дополнительно констатировались признаки алкогольной зависимости [342]. В то же время, по данным другого катамнестического исследования, с еще более длительным периодом охвата — в 33 года (86 пациентов с героиновой зависимостью), — 42% из данной группы на момент обследования находились в состоянии ремиссии свыше 10 лет; 10% находились на заместительной терапии; 30% к моменту обследования либо умерли (22%), либо были недоступны по причине отсутствия информации о них (8%) [426]. Последние данные говорят

о неблагоприятности долгосрочного прогноза у зависимых от опиоидов. Ряд авторов считает, что среди лиц, злоупотребляющих и зависимых от опиоидов, существует группа, которая с годами самостоятельно прекращает употребление наркотиков. Этому способствуют благоприятные социально-психологические факторы, которые невозможно учитывать в полной мере при катamnестических исследованиях, — отсюда значительный разброс в данных о статусе наркопотребителей. Другой общий вывод в отношении наиболее типичной динамики болезни у зависимых от опиоидов, «перешагнувших» опасный барьер пика высокой смертности (4—5-летний стаж употребления наркотика и возраст до 30 лет), — замена одного наркотика другим ПАВ или их эпизодическое сопутствующее употребление на протяжении всего периода наркотизации [25].

## 1.2. Комплексная характеристика статуса зависимых от ПАВ и способов его оценки при формировании ремиссии

### 1.2.1. Методология комплексной оценки состояния зависимых от ПАВ при формировании ремиссии

В настоящее время большинство исследователей и практиков считает, что оценка статуса зависимых на этапах формирования ремиссий должна быть комплексной и не ограничиваться стандартным набором клинических тестов и квалификацией психического статуса [96]. Особое значение придается тем способам оценки состояния наркозависимых, которые имеют прогностическую ценность в отношении вероятности достижения и длительности ремиссий, а также в плане аргументированной дифференциации терапевтических подходов. При этом сообщается о возможности выстраивания такого прогноза на основе биологических методов, в частности иммуноанализа [165]. Однако большинство исследователей сходится на том, что существенно большую прогностическую ценность имеют психологические и социологические диагностические подходы. Так, наиболее распространенным во многих странах мира, а в последние годы и в некоторых постсоветских республиках, способом комплексной прогностической оценки статуса зависимых от ПАВ является методология определения «Индекса тяжести зависимости (ИТА)». Тестирование с помощью ИТА показывает комплекс проблем, с которыми наркозависимый будет сталкиваться после выписки, что, во-первых, позволяет дифференцированно выстраивать реабилитационную программу, а во-вторых, оценить ее промежуточную эффективность [106]. В последние годы для комплексной оценки статуса зависимых от ПАВ все чаще исполь-

зуется методология определения качества жизни (КЖ) и социального функционирования (СФ), позволяющая выявить ключевые проблемы и эффективно работать над их преодолением [35, 169]. Методология психологического тестирования, используемая наиболее часто и включаемая в диагностические стандарты во многих странах мира, позволяет:

- 1) выявить особенности личности зависимых, имеющие прогностическое значение;
- 2) определить уровень мотивации на освобождение от зависимости;
- 3) продемонстрировать промежуточные результаты в продвижении к длительной и устойчивой ремиссии [55].

Н.И. Земцова и Н.А. Сирота [90] считают обоснованным использование клинико-психологического функционального диагноза в наркологии, который, по мнению авторов, имеет особое значение для построения программ медико-социальной реабилитации и определения вероятности достижения ремиссии. При этом задачи и уровни функционального диагноза:

- 1) дифференциальная диагностика нарушений психической деятельности у зависимых от ПАВ;
- 2) анализ структуры и степени психических нарушений;
- 3) определение уровня психического развития пациента и его личности;
- 4) оценка динамики психических нарушений во времени;
- 5) оценки мотивационной готовности пациента к лечению и изменению поведения;
- 6) оценка ресурсов и стратегий совладания с болезнью;
- 7) подбор психотерапевтических и психокоррекционных технологий и программ медико-социальной реабилитации.

По мнению Т.М. Рожновой и А.Ю. Асанова, перспективным для определения стратегии лечения и прогноза (93—100% достоверности) является использование методологии психогенетического анализа [199]. Безусловно, приоритетной, по мнению ряда авторов, для исследования является мотивационная среда зависимых от ПАВ. При этом, целесообразным считается использование таких методик, как «Шкала оценки изменения поведения в процессе лечения» университета Род Айленд; «Шкала готовности к изменению поведения и стремления готовности к лечению»; опросника «Уровень готовности к лечению»; «Опросника самоэффективности воздержания от употребления психоактивных веществ — ASEQ» [20, 254].

По мнению Е.Б. Байкенова, особенно актуальной является диагностика волевых расстройств в исследовании мотивационной сферы зависимых от ПАВ.

В качестве основной методологии предлагается анализ шкал «способа диагностики степени выраженности волевых расстройств» [22]. Имеются сведения и об авторских методиках прогнозирования продолжительности ремиссий и вероятности рецидива, основанных на исследовании временного биоритма наркозависимого состояния [66].

### 1.2.2. Характеристика клинико-психопатологического статуса зависимых от ПАВ в состоянии ремиссии

По данным многочисленных исследований, для зависимых от ПАВ, пребывающих в состоянии ремиссии, характерно наличие разнообразных психических расстройств пограничного и более тяжелого уровня. Так, Л.А. Дубинина, О.Ф. Ерышев, Е.М. Крупицкий считают, что после завершения курса стационарного лечения у пациентов наркологического профиля, как правило, отмечаются: чувство хронической эмоциональной неудовлетворенности; негативная оценка уровня социопсихосоциального благополучия. При этом наиболее типичными параметрами ухудшения являются:

- 1) ухудшение в эмоциональной сфере;
- 2) ухудшение личных отношений с привычным окружением;
- 3) снижение познавательных функций;
- 4) снижение сексуальной активности;
- 5) снижение жизненной активности, энергии [75].

Ряд авторов считает, что в состоянии ремиссии для зависимых от ПАВ типичны невротические состояния и реакции, когда патологическое влечение замещается невротическими защитными механизмами. При этом существует возможность выделения следующих вариантов:

- 1) астенодепрессивный тип ремиссии;
- 2) тревожно-ипохондрический тип ремиссии [117, 149].

По мнению Р.Д. Илюк с соавторами, повышенная агрессивность — почти неизбежная и глубоко укоренившаяся характеристика личной реакции зависимых от ПАВ в состоянии ремиссии, так как постоянно существует угроза срыва [98]. Одним из наиболее прогностически неблагоприятных психопатологических феноменов в состоянии ремиссии является синдром патологического влечения, имеющего тенденцию к актуализации [24]. При этом указывается на возможность перевода субстанциональных (сопровождающихся влечением к приему ПАВ) форм аддикций в несубстанциональные с последующей редукцией патологического влечения к ПАВ [29], а также на антагонистическую динамику и возможность полноценного блокирования патологического влечения путем форсированного развития свойств психологического здоровья — устойчивости [201]. Многие авторы об-

ращают внимание на специфику психопатологических характеристик ремиссии у зависимых от ПАВ в связи с наличием коморбидной патологии. Так, для ВИЧ-инфицированных наркозависимых, с одной стороны, характерно наличие достаточно выраженных и длительных депрессивных состояний, с другой, — почти полное отсутствие анозогнозии [80, 116].

В последние годы интенсивно изучаются вопросы прогностического влияния коморбидных личностных расстройств, весьма часто встречающихся в структуре наркологической патологии. В частности, отмечается, что наличие личностных расстройств утяжеляет клиническое течение зависимости и снижает сроки ремиссии [8]. У пациентов с личностными расстройствами тормозимого круга актуализация патологического влечения отмечается сравнительно реже, а позитивная динамика редукции остаточных психопатологических проявлений в состоянии ремиссии существенно более выражена, чем у пациентов с расстройствами личности возбудимого круга [4, 10]. У больных с личностными расстройствами в период становления ремиссии существенно чаще, чем у наркозависимых без признаков личностных расстройств, отмечаются элементы бредового поведения — сомнение, подозрительность, настороженность, недоверчивость, немотивированный, необоснованный отказ от поддерживающей терапии, бессмысленная оппозиционность, агрессия и аутоагрессия [9].

А.Г. Кузнецов и И.В. Белокрылов [129] предлагают оценивать прогностический потенциал коморбидных личностных расстройств по следующим параметрам:

- 1) степень выраженности аффективной лабильности;
- 2) наличие импульсивного поведения;
- 3) уровни искажения самооценки и общей критичности.

Подчеркивается влияние на прогноз течения заболевания, длительность ремиссии, вероятность срывов таких радикалов личностной патологии, как эмоционально-неустойчивый и нарциссический [25].

В последние годы существенное внимание уделяется диагностике, описанию структуры и типологии негативных психопатологических расстройств при наркотической зависимости. Обращается внимание на важность учета данного спектра расстройств при определении терапевтической стратегии на этапах противорецидивной и поддерживающей терапии. Сложность диагностики негативных расстройств при опийной зависимости, по мнению А.А. Кусаинова, связана с тем обстоятельством, что дефицитарность касается таких сторон психической деятельности, как этические нормы, волевая активность, функции целеполагания и прогнозирования. Базисные психические

функции (память, мышление и др.) страдают в меньшей степени [132].

Н.И. Зенцова описывает следующие дефициты так называемого социального и эмоционального интеллекта у наркозависимых:

1) недостаточность и дефицитарность эмпатических способностей — сочувствия, сострадания, сопереживания, реактивности на чужую боль;

2) искажение представления о своих коммуникативных способностях;

3) неадекватное распознавание связей между поведением и его последствиями;

4) недопонимание характера, смысла, оттенков и контекста социальных отношений;

5) трудности при анализе межличностных интеракций;

6) выраженная склонность к обману в ряде социальных ситуаций.

Вышеназванные дефициты являются, в свою очередь, причиной повышенной агрессивности, использования неадекватных психологических защит, бегства от реальности у зависимых от ПАВ [89].

И.Б. Власова, Л.Н. Благов, А.В. Шупляков, изучая дефицитарную симптоматику в динамике героиновой наркомании у женщин, выявили наличие таких негативных расстройств, как:

- реактивная лабильность;
- снижение социальной активности;
- сужение сферы применения интеллекта;
- упрощение интересов;
- снижение энергетического потенциала;
- падение продуктивности в работе;
- отсутствие творческого элемента в деятельности;
- остановка онтогенетического развития;
- потеря стремления заботиться о родных и близких;
- расстройства активного внимания в виде истощения;
- снижение уровня личности, эгоцентризм, черствость, иждивенчество, паразитизм, гипобулия, апатия.

При этом отмечается сравнительно более быстрый темп нарастания негативной симптоматики, чем у мужчин [56].

Исследуя дефицитарную симптоматику при наркоманиях и токсикоманиях у подростков, С.П. Косарев отмечает наличие следующих проявлений:

1) вторичная психопатизация по аффективно-эксплозивному и неустойчиво-шизоидному типу;

2) псевдоаутистические реакции с отчуждением, апатией, замкнутостью;

3) нарушения в сфере мотиваций, эмоционального реагирования, волевой регуляции, вплоть до амотивационного синдрома, быстрое социальное снижение;

4) проявления токсической энцефалопатии в форме апатического варианта психоорганического синдрома [118].

По мнению В.Н. Васильева и Е.Н. Кривулина, для резистентных течений наркомании характерны такие проявления, как: склонность к подозрительности; мнительность; неадекватное восприятие окружающего; жесткость, злобность; ригидные установки к внешним воздействиям; перенапряжение психических процессов; склонность к обидам, замкнутость, отрешенность; выраженная анозогнозия [50]. Степень выраженности и скорость динамики нарастания негативных расстройств зависят от вида наркотического вещества. В этом смысле особенно злокачественным представляется фенилпропаноламиновая зависимость [196]. Обращает внимание, что у контингента принудительного лечения, в сравнение с контингентом добровольного лечения наркозависимых пациентов, отмечаются существенно более выраженные как продуктивные, так и негативные психопатологические расстройства [3].

#### *1.2.3. Характеристика психологического статуса зависимых от наркотиков и других ПАВ в период формирования ремиссии*

Исследование психологических характеристик зависимых от ПАВ имеет важное прогностическое значение, в том числе в отношении длительности ремиссий и вероятности рецидивов [96]. Исследование психологических типов может способствовать оптимизации терапевтического процесса на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии. Так, В.В. Русаковым выделено 7 специфических психологических типов, каждому из которых соответствуют особенности нейромедиаторного обмена, что предполагает соответствующую дифференциацию терапевтических программ [209]. Показано, что выраженность темпераментальных особенностей у зависимых от ПАВ — циклоидных, эмотивных, гипертимных — облегчала протекание процесса адекватного переживания болезни и связанных с этим изменений в физической и психической сферах [189]. Обратное влияние интенсивности соматического страдания на процесс осознания сути всего комплекса проблем, связанных с наркологической патологией, продемонстрировано в работах А.Л. Каткова и С.О. Пакеева. В частности, показано, что «проявленная» коморбидность способствует формированию более адекватного образа здоровья и адаптационного типа отношения к болезни, стимулируя зависимых от опиоидов на достижение приемлемых уровней здоровья [114, 186]. Существенное значение для характеристики устойчивости ремиссии у зависимых от опиоидов имеет уровень личностной адаптации. Анализ связей и отношений параметров адаптации является необходимым условием адекватной оценки актуального состояния

наркозависимого и прогноза успешности реабилитационных мероприятий [233].

Не менее важным представляется анализ типов мотиваций аддиктивного поведения у больных опишной наркоманией, т.е. тех стимулов патологического поведения, которые с большей или меньшей вероятностью могут воспроизводиться в период становления ремиссии, и в продолжении достаточно длительной абстиненции. Так, для больных с опишной зависимостью характерен смешанный тип мотивации, который включает в себя: гедонистический, азартный, рискованный компоненты [205].

О прогностической важности исследования клинико-персоналогической структуры личностных состояний больного наркоманией сообщают Ю.А. Россинский, Т.В. Пак, Ж.К. Мусабекова. В частности, рассматриваются такие персоналогические типы, как:

- 1) патологическая/наркоманическая личность;
- 2) диссоциированная зависимая личность;
- 3) нормативная зависимая личность.

Указывается на то, что для успешной реабилитации, в частности проведения противорецидивной терапии, специалисту необходимо определить доминирующий тип личности и соответствующим образом выстроить коммуникацию [164, 204, 206].

По мнению О.В. Лаврентьева, крайне важным прогностическим фактором является структура внутренней картины здоровья/болезни, которая формируется у зависимых от ПАВ в ходе реабилитационного процесса. При этом необходимо анализировать такие составляющие, как:

- 1) собственно структура внутренней репрезентации феноменов болезни/здоровья;
- 2) уровни осознания болезни;
- 3) типы реакций на болезнь [134, 135].

### 1.3. Факторы, оказывающие влияние на длительность и качество ремиссий у зависимых от наркотиков и других ПАВ

#### 1.3.1. Биологические факторы, влияющие на длительность ремиссии и вероятность рецидива

В мировой наркологии высказываются различные мнения о значимости биологических факторов в клинике наркозависимости, в частности по параметру длительности и качества ремиссий. Меньшая часть исследователей считает, что такой, например, фактор, как тяжесть (Graving) клинических проявлений химической зависимости, не признается ключевым феноменом в развитии срывов и рецидивов [300, 383]. Однако большая часть исследователей считает, что фактор тяжести психических расстройств — основных проявлений химической зависимости — существенно влияет на длительность и качество ремиссий, а также на вероятность срывов и рецидивов [256, 279, 295, 320, 378]. При этом

Э.Т. Жусупова отмечает у зависимых от опиоидов следующие факторы биологической предрасположенности к высокой вероятности срывов, рецидивов:

- преобладание в клинической картине аффективных расстройств (апатической или дисфорической симптоматики);
- наличие циклического, а также пароксизмального патологического влечения к ПАВ;
- такие преморбидные черты характера, как возбудимость и неустойчивость;
- выраженность апекситимического радикала;
- отсутствие критики к заболеванию [84].

Л.Н. Благов с соавторами обращают внимание на крайнюю опасность в отношении возникновения срывов и рецидивов появления псевдоабстинентных расстройств на любом этапе формирования ремиссии [31]. Ряд авторов обращает внимание на прогностическую неблагоприятность наличия выраженных личностных расстройств в структуре химической зависимости, особенно антисоциальных расстройств личности. В связи с этим стратегия медико-социальной реабилитации и последующей противорецидивной терапии должна акцентироваться, по мнению И.Д. Даренского с соавторами, на смягчении личностной и характерологической патологии [65, 137, 331]. О существенном влиянии на прогноз заболевания, сроки ремиссий и вероятность рецидива таких отягчающих биологических факторов, как сопутствующая коморбидная патология, злокачественный тип течения наркологической патологии, сообщают Э.Т. Жусупова и А.С. Субханбердина [85]. Ряд авторов сообщает о таком неблагоприятном, с точки зрения длительности ремиссий, факторе, как наличие депрессивных расстройств в структуре психопатологических проявлений на любых этапах оказания наркологической помощи, в том числе и на этапе противорецидивной терапии [85, 124, 272, 425].

#### 1.3.2. Социальные факторы, оказывающие влияние на длительность и вероятность возникновения срывов, рецидивов

Значение социальных факторов в обеспечении длительности и качества ремиссии признается практически всеми исследователями. Среди наиболее существенных называют:

- 1) разрыв прежних связей с наркоманическим окружением;
- 2) появление новых интересов;
- 3) формирование новых социальных связей;
- 4) новая социальная идентификация;
- 5) альтернативная активность;
- 6) избегание ситуаций, способных спровоцировать рецидив [282, 464].

Обращается внимание на необходимость формирования новых эффективных копинг-стратегий у наркозависимых, особенно в отношении эмоционально-стрессо-

вых ситуаций [260, 458]. Ряд исследователей подчеркивает значение такого социального фактора, как наличие трудовой занятости после окончания лечения [306, 381, 441]. D. Shewan и P. Dalgrano считают, что прогноз у наркозависимых в отношении ремиссии связан с их образовательным уровнем, что, в свою очередь, обуславливает более высокую комплаентность в отношении программ противорецидивной терапии [443].

J.W. Smith и P.J. Frawley выделяют следующие разновидности социальных факторов, провоцирующих возникновение рецидива:

- 1) интрасоциальные доминанты (стрессы на работе, в семье, в межличностных отношениях);
- 2) эктрасоциальные доминанты (микросоциальное окружение, склонное к употреблению ПАВ) [449].

А.В. Русинов выделяет социальные факторы срывов, специфические для женщин (дисгармония в супружеских и партнерских отношениях) и для мужчин (обстоятельства, способствующие снижению критики и утраты контроля над поведением) [211].

### *1.3.3. Психологические факторы, оказывающие влияние на длительность ремиссий и вероятность возникновения срывов, рецидивов*

Психологические факторы — наиболее управляемые переменные, влияющие на длительность и качество ремиссий у зависимых от ПАВ. Отсюда интерес исследователей именно к этой группе факторов, являющихся основными мишенями в программах медико-социальной реабилитации [382]. Рядом исследователей подчеркивается прогностическая значимость такого психологического фактора, как убеждения и ценности в области здоровья, ответственность пациента за результат лечения, когнитивные представления о здоровье и продуманная оценка риска [269, 271, 309]. Как положительные предикторы прогноза в отношении длительности и качества ремиссий у наркозависимых называются:

- 1) высокое субъективное ожидание положительного исхода (оптимизм);
- 2) низкий показатель уверенности в эффективности исключительно самостоятельного противодействия приему ПАВ;
- 3) повышенные показатели по шкалам тревожности и нейротизма [419].

Е.В. Бухтоярова среди прогностически важных психологических факторов выделяет две группы:

- 1) мотивирующие факторы (опасения повторного вовлечения в зависимость; страх перед разрушением организма; страх не достигнуть в будущем своей цели; страх смерти; юридическая ответственность);
- 2) личностные свойства (внутренний самоконтроль; целеустремленность; стрессоустойчивость; позитивные отношения с ближайшим окружением; разделяемые общественные ценности и нормы) [43].

С.В. Перминой, Е.Н. Кривулиным в качестве позитивных психологических предикторов длительной и качественной ремиссии выделяются:

- 1) сформировавшаяся психологически зрелая личность;
- 2) адекватная самооценка и позитивный образ собственного «Я»;
- 3) устойчивость и конструктивная мотивация достижения значимых целей и успеха;
- 4) низкий уровень личностной тревожности;
- 5) психологическая устойчивость к неудачам и стрессам;
- 6) сохранность семейных эмоциональных отношений;
- 7) разносторонние интересы и потребности [188].

Ряд авторов в качестве основополагающих факторов психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ, рассматривает концепции саногенного потенциала личности [144, 145] и самоэффективности [146, 266].

### *1.3.4. Длительность предшествующего лечения как фактор, влияющий на продолжительность ремиссий и вероятность срывов и рецидивов*

Прогностическое значение фактора длительности предшествующего лечения как обеспечивающего надлежащее качество и продолжительность ремиссии у наркозависимых оценивается неоднозначно. Так, например, в ряде публикаций указывается на возможность формирования спонтанных ремиссий без предшествующего лечения, в том числе у зависимых от опиоидов. Высказывается мнение, что возможность спонтанных ремиссий — это, скорее, правило, чем исключение [277, 290, 433, 437]. Однако существенно большая часть исследователей аргументирует точку зрения, согласно которой сроки и качество ремиссий прямо зависят от продолжительности предшествующего лечения [6, 344, 401, 422, 431, 447]. При этом в качестве оптимальной продолжительности предшествующего интенсивного (стационарного, амбулаторного) лечения чаще всего называется срок в 90 дней и выше [435, 446]. Указывается и на то, что фактор предшествующего лечения оказывается более значимым для женщин, чем для мужчин [276]. Многими исследователями отмечается, что в контексте предшествующего лечения главным компонентом, оказывающим влияние на продолжительность и качество ремиссии, является характеристика взаимодействия между врачами, реабилитационной бригадой и наркозависимыми пациентами, готовность последних следовать врачебным указаниям, и другие характеристики комплаенса [299, 303, 368, 396, 403].



### 1.3.5. Комплексные подходы к оценке факторов, оказывающих влияние на длительность и качество ремиссий

В последние годы прогнозы относительно длительности и качества ремиссий у наркозависимых предпочитают выстраивать методом комплексного анализа множества учитываемых факторов. При этом используются либо относительно простые, линейные схемы выявления и последующего учета всей совокупности прогностически значимых факторов (биологических, социальных, психологических и других), либо специальные технологии комплексной диагностики и оценки рисков. В качестве примеров первого из вышеназванных подходов можно привести исследование С.Б. Братанова, анализирующего совокупность биологических и психологических факторов, а также факторы комплаентности у зависимых от ПАВ [38]. Е.Н. Кривулин проводил анализ социально-демографических и анамнестических (биологических и психологических) факторов, оказывающих влияние на длительность и качество ремиссии [126]. Из масштабных исследований по данному направлению в дальнем зарубежье можно выделить работу D.D. Brewster с соавторами, обобщивших 69 исследований по выделению комплекса идентификационных предикторов рецидивов у химически зависимых лиц. Основные параметры данного комплекса:

- 1) высокие дозы ПАВ до лечения;
- 2) предшествующие попытки лечения;
- 3) отсутствие ремиссий в прошлом;
- 4) отказ от алкоголя или его минимальное потребление;
- 5) депрессия;
- 6) сильный стресс;
- 7) безработица (проблемы с занятостью);
- 8) потребление ПАВ среди ближайшего окружения;
- 9) недостаточная продолжительность лечения;
- 10) выход из лечения до его завершения [274].

Второй подход предполагает дифференциацию учитываемых факторов на управляемые (зависимые переменные) и неуправляемые (независимые переменные), исследование весовых соотношений данных факторов для определенных типов зависимостей с последующим использованием разработанных диагностических схем для определения уровней реабилитационного потенциала и прогноза в отношении длительности ремиссий и рисков возникновения срывов, рецидивов [53, 178]. Исследования, проводимые по последнему направлению в Республике Казахстан, показывают, что управляемые (зависимые) переменные преобладают как в количественном отношении, так и в смысле определенных приоритетных мишеней воздействия на этапах медико-социальной реабилитации, включая этап противорецидивной и поддерживающей терапии [159—161]. В качестве еще одного примера успешного использования послед-

него подхода можно привести квантифицированную оценку степени выраженности РОКС (рецидивоопасных клинических состояний), разработанную И.М. Сквиря. Данная оценка и шкала экспресс-диагностики РОКС включают в себя как биологические, так и психосоциальные параметры, анализ которых дает возможность оперативного и достаточно точного терапевтического прогноза [220].

## 2. Противорецидивная и поддерживающая терапия зависимых от наркотиков и других ПАВ

### 2.1. Теоретическая основа и общая идеология противорецидивной и поддерживающей терапии (ППТ)

Идеология противорецидивной и поддерживающей терапии, в смысле теоретического базиса, не выделяется из современного концептуального видения наркологических проблем. В связи с этим, можно утверждать, что идея противорецидивной терапии наркозависимых основывается на:

- 1) необходимости нормализации естественных биологических механизмов адаптации, в первую очередь, нормативного гомеостаза [355, 358, 398];
- 2) нормализации поведенческих адаптационных механизмов при максимально возможной редукции патологического влечения к ПАВ [240, 420];
- 3) сущностном решении глубинных личностных проблем, приводящих к химической зависимости, срывам, рецидивам [301, 457];
- 4) комплексных подходах к пониманию наркологических проблем и формировании трех основных направлений обеспечения длительной и качественной ремиссии: нейронального, рефлекторного и когнитивно-поведенческого [406, 410, 438].

Ни один из вышеназванных общетеоретических подходов к реабилитации, в частности к этапу противорецидивной и поддерживающей терапии, не доказал своего безоговорочного преимущества. Само по себе разнообразие используемых реабилитационных программ с различными акцентами и технологическими компонентами (свыше нескольких тысяч), говорит, скорее, о наличии «концептуального хаоса» в понимании сущности наркологической патологии [440].

### 2.2. Общие подходы к формированию программ противорецидивной и поддерживающей терапии

Главной задачей лечения и реабилитации наркозависимых является не только помочь пациенту в прекращении употребления наркотика, но и обеспечение стабильности изменения образа жизни на продолжи-

тельное время. Эта точка зрения привела к созданию терапевтических технологий, которые должны помочь пациентам противостоять срывам и рецидивам — программ противорецидивной и поддерживающей терапии (ППТ) [48]. К этим программам применимы общие требования, предъявляемые к системе наркологической помощи, необходимы научно обоснованная концепция данного процесса, общее видение и возможность измерения результата [23]. Сравнительно долгое время на территории постсоветского пространства (в этом регионе наркозависимость стала распространяться значительно позже, чем в других странах мира) подходы, используемые в противорецидивной терапии наркозависимых, были экстраполированы из сферы противодействия алкогольной зависимости, что обернулось их быстрым и полным провалом [213]. Современный этап становления ППТ выстраивается с учетом международного опыта и понимания того обстоятельства, что «опиоидная зависимость — это сложное состояние, требующее длительного лечения, ухода и поддержки. Для гибкого реагирования на варьирующие потребности людей с опиоидной зависимостью следует обеспечить надлежащий доступ к широкому спектру услуг» [88]. Существует понимание того, что продолжительность и стабильность терапевтических ремиссий зависят, в том числе: от качества и длительности реабилитационных программ с продолжением на этапе ППТ; от качества и ассортимента лечебно-реабилитационных услуг, полученных на данном этапе; от уровня реабилитационного потенциала химически зависимых; от качества социальной среды, на которую также можно влиять в программах ППТ [77]. Успешность реализации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии зависит от уровня подготовки и качества деятельности бригады специалистов, руководствующихся принципами терапевтического сообщества, таких компонентов и акцентов в деятельности сообщества, как самопомощь, взаимопомощь, постоянная работа с мотивацией на полное воздержание [21, 181, 185, 234, 250, 423]. В связи со всем сказанным, на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии необходимы диагностика степени тяжести проблем, имеющихся у зависимых лиц, принимающих участие в программах ППТ, определение уровней реабилитационного потенциала, с тем чтобы выстроить адекватную стратегию интенсивности и содержания мероприятий ППТ [62, 158, 249, 379]. С учетом специфики этапа ППТ предпочтение здесь должно отдаваться развивающим технологиям, в частности различным видам психотерапии [63, 69, 102], для того чтобы форсированное развитие свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в химическую зависимость было продолжено, достигнут оптимальный уровень адаптации и комфорта [45, 200].

С учетом всего сказанного «знаменатель» многочисленных стратегий, используемых в программах ППТ, состоит в том, что работа идет с двумя составляющими:

1) «выход» пациентов из программы активной терапии, обеспечение сложного процесса возвращения в общество и возможности полноценного функционирования в нем;

2) эффективное осуществление третичной профилактики типа «Б» (в классификации ВОЗ именуемой также *четвертичной*), направленной на предупреждение срыва и рецидива.

Осуществление программ ППТ должно происходить в рамках внестационарного этапа наркологической помощи. При этом амбулаторные условия позволяют пациентам вовлекаться в социальную активность, становясь одновременно в максимально короткие сроки кооперативными в поэтапном решении задач ППТ. Общеизвестным фактом является и то, что разработка, создание и совершенствование гибких и многокомпонентных программ ППТ возможны только при учете особенностей и раскрытии закономерностей обратной стороны ремиссионного состояния — феноменов «срыва» и «рецидива». Существует и устоявшийся консенсус в отношении определения данных состояний. Срыв — отдельный случай употребления наркотика или другого ПАВ. Рецидив — возврат к употреблению наркотика или другого ПАВ после периода воздержания, сопровождающийся восстановлением симптоматики зависимости [48, 191, 219]. Таким образом, при полном понимании того факта, что наркотическая зависимость является хроническим и рецидивирующим заболеванием, основная миссия этапа противорецидивной и поддерживающей терапии заключается в осуществлении эффективной профилактики срывов и рецидивов.

Основные универсальные задачи ППТ:

1) повышение потенциала индивидуальных защитных психологических механизмов;

2) обеспечение прогрессирующей дезакуализации влечения к наркотику;

3) обеспечение стабильности социальных отношений и образа жизни, препятствующих возникновению срыва, рецидива.

Важнейшей универсальной стратегической линией всего многообразия программ ППТ является разработка плана действий на предупреждение срыва. Базисный фактор данного плана заключается в умении индивида дать эффективный копинг-ответ на преодоление патологического влечения, возникающего в критические моменты жизни [68]. Устоявшееся мнение профессионалов наркологического профиля состоит в том, что регламентированные противорецидивные мероприятия и программы ППТ (т.е. оформленные как

клинические протоколы с обозначением терапевтического алгоритма, сфер компетентности персонала и т.д.) существенно более эффективны, чем проведение разрозненных противорецидивных мероприятий [281]. В качестве образца такого регламентированного подхода можно привести технологию СМРТ (переводится как *модель терапии профилактики срывов*), разработанную Т. Gorski. Данная модель основывается на формировании базисного фактора — навыков преодоления типичных стрессовых ситуаций на стадиях выздоровления от химической зависимости с осуществлением следующих задач:

- 1) восстановление или формирование жизненного стиля, препятствующего рецидиву;
- 2) разработка личного списка признаков угрожающего рецидива;
- 3) формирование и развитие стратегии управления симптомами рецидива;
- 4) развитие правил и принципов выздоровления;
- 5) развитие плана ранней профилактики рецидива [319].

### 2.3. Технологии и компоненты программ противорецидивной и поддерживающей терапии

Как минимум, можно обозначить два основополагающих компонента ППТ:

- 1) компонент биологической (медикаментозной) терапии, главной точкой приложения которого являются остаточные психопатологические проявления, имеющее место на этапах становления ремиссии у зависимых от ПАВ;
- 2) компонент развивающих технологий (психотерапии, консультирования, тренингов и других развивающих технологий), главными мишенями которых являются психологический и социальный статус зависимых от ПАВ.

Приоритет каждого из обозначенных компонентов определяется спецификой проблем зависимости в каждом конкретном случае. При этом общая тенденция — снижение значимости компонента медикаментозной терапии по мере продвижения зависимых от ПАВ в программах ППТ [48, 212].

#### 2.3.1. Медикаментозная терапия в программах ППТ (подходы, используемые в отечественной практике)

Стандарты медикаментозного лечения наркологических больных в странах постсоветского пространства отличаются от общемировой практики и основаны на использовании нейролептиков, антидепрессантов, антиконвульсантов и транквилизаторов, в то время как в других странах используются в основном агонисты и антагонисты опиоидов [151]. В странах Западной Европы, США и других назначение нейролептиков, антидепрессантов допустимо в случае наличия двойного диагноза, например зависимость от

опиоидов и депрессия [372]. Некоторыми представителями наркологической науки РФ высказывается мнение, что фармакотерапевтическое лечение в рамках противорецидивной терапии создает дополнительные трудности для социальной адаптации больных из-за невозможности эффективного социального функционирования [94] и что использование нейролептической терапии допустимо лишь в случаях возникновения психомоторного возбуждения (например, при запуске компульсивного влечения к ПАВ), появления дисфорического состояния, наличия стойких нарушений сна, появления пограничных психических расстройств, обусловленных фазовыми состояниями [217]. При этом всегда следует иметь в виду, что плохая переносимость нейролептических препаратов существенно снижает комплаентность зависимых от ПАВ либо ведет к полному отказу от лечения [86]. Однако большая часть исследователей и практиков на территории постсоветских республик считает применение нейролептиков, антидепрессантов и транквилизаторов на этапе ППТ необходимым и оправданным, особенно с учетом того обстоятельства, что курсы стационарного лечения наркозависимых в данном регионе, как правило, непродолжительны, альтернативные формы лечения (агонисты, антагонисты) труднодоступны вследствие нормативных ограничений либо высокой цены (антагонисты) [61]. Выбор оптимальной терапии нейролептиками и антидепрессантами на этапах оказания наркологической помощи, в том числе на этапе ППТ, должен предусматривать адекватное решение следующих задач:

- 1) выбор препарата;
- 2) коррекция дозировок;
- 3) учет клинической диагностики;
- 4) учет соматических осложнений;
- 5) своевременная смена препарата или переход к комбинированному лечению;
- 6) адекватная длительность (3—4 мес. после выписки);
- 7) постепенное снижение дозировки;
- 8) соблюдение режима терапии — достижение комплаенса;
- 9) необходимое сочетание с психотерапией и психокоррекцией для улучшения терапевтических эффектов и повышения уровня комплаентности [55, 127, 187].

Следует иметь в виду, что фармакологическая терапия с использованием психотропных препаратов, по результатам многочисленных исследований, более эффективна для лечения больных с никотиновой, алкогольной и героиновой зависимостью. И менее эффективна для пациентов с каннабиноидной и кокаиновой зависимостью [63]. Наиболее предпочтительными средствами нейролептической терапии на этапе ППТ является новое поколение атипичных нейролептиков (рисперидон,

клозапин), которые вызывают существенно меньше нежелательных побочных явлений, более эффективны в отношении подавленности, тревоги, проявлений патологического влечения [101, 121, 123]. Общие требования к антидепрессантам, используемым с целью коррекции аффективных и астенических расстройств и для подавления обсессивной составляющей патологического влечения в программах ППТ, следующее: используемые препараты должны обладать малым спектром побочных и токсических действий, обладать противорецидивным действием в отношении депрессивных расстройств, оказывать терапевтическое влияние на основные мишени. В наибольшей степени вышеперечисленным критериям удовлетворяют антидепрессанты нового поколения — флюоксетин, флувоксамин, сертален, зосерт, тризидон [61, 78]. Транквилизаторы используются с целью купирования эпизодов тревоги и ранних признаков актуализации патологического влечения [208, 215]. Антikonвульсанты, используемые в программах ППТ, должны обладать нормотимическим, антидисфорическим, вегетостабилизирующим эффектом. Препаратом выбора могут быть карбамазепин, зептол [61].

По мнению ряда авторов, психофармакотерапия, используемая на этапах наркологической помощи, в частности на этапе ППТ, является по основному механизму действия заместительной, но не патогенетической терапией. В то же время назначение иммуномодуляторов дает возможность:

- 1) устранения осложнений наркологических заболеваний;
- 2) обратной динамики основной стадийной симптоматики;
- 3) преодоления терапевтической резистентности;
- 4) сокращения сроков лечения;
- 5) увеличения длительности и качества ремиссий;
- 6) высокого экономического эффекта.

То есть использование иммуномодуляторов есть патогенетическая терапия наркологических расстройств [64]. В последние годы опубликовано значительное количество работ с полностью доказанной эффективностью использования иммуномодулирующей терапии как в противорецидивной терапии лиц с алкогольной зависимостью [52], так и в программах ППТ больных с опиоидной зависимостью [11, 51, 153].

### 2.3.2. Медикаментозная терапия в программах ППТ — антагонистическая терапия

Медикаментозная терапия зависимых от ПАВ с использованием антагонистов (блокаторов рецепторной системы, взаимодействующей с ПАВ) — одно из активно разрабатываемых направлений последних десятилетий. О положительных результатах в профилактике рецидивов сообщается в отношении использования антагонистической терапии при никотиновой зависимости [74], алкогольной зависимости [403]. До настоящего времени не

получены результаты относительно кокаиновой зависимости, однако интенсивные разработки в этом направлении постоянно ведутся [311, 313, 405]. Существует большое число публикаций по поводу позитивных эффектов антагонистической терапии зависимых от опиоидов [15, 192, 197]. Однако некоторые авторы считают, что до настоящего времени нет серьезных доказательств того, что использование такого широко рекламируемого препарата, как налтрексон, способно предотвратить рецидивы у зависимых от опиоидов [352, 427]. При сравнении эффекта удержания в противорецидивных программах (при всей относительности данного термина, применительно к программам заместительной терапии — ЗТ) налтрексон проигрывает метадону [297, 305, 412]. Обращается внимание на тот несомненный факт, что использование антагонистов, в частности налтрексона, — непопулярное лечение у наркопотребителей: процент отсева в первые 3 недели достигает 70—80% [297, 257]. Многие исследователи приходят к выводу, что самые значимые элементы противорецидивного лечения с использованием антагонистов:

- 1) соблюдение режима;
- 2) твердая установка на воздержание;
- 3) сочетание с эффективной психотерапией [33, 352, 397].

Наиболее существенным компонентом ППТ зависимых от опиоидов с использованием налтрексона является достижение высокой мотивации на лечение и полную абстиненцию, а также высокого уровня комплаентности [273, 286, 414, 467]. Таким образом, достаточно строгий анализ показывает, что удача или неудача ППТ с использованием налтрексона не зависит от способности последнего блокировать опиоидные рецепторы [315]. Несколько более обнадеживающие результаты получены относительно имплантатов налтрексона, например о том, что использование имплантанта налтрексона — продетексона — способствует увеличению сроков ремиссии и имеет преимущество по большинству психофизиологических параметров перед ЗТ [128, 326, 429]. Применение налтрексон-депо (вивитрола) на этапе ППТ у зависимых от алкоголя увеличивает сроки и повышает качество ремиссий [217]. Использование налтрелонга (пролонгированной формы сочетания дисульфирама и налтрексона), по результатам доклинических испытаний, показало возможность данного препарата подавлять патологическое влечение к алкоголю и наркотикам (опиоидам), стабилизируя качество жизни пациента и длительность терапевтической ремиссии [221]. Вместе с тем, показано, что наибольшие сроки ремиссии (у 51% — свыше 1 года) наблюдаются у пациентов, сочетающих противорецидивное лечение имплантантами налтрексона с психотерапией. У тех пациентов, кто получал лечение только продексоном, аналогичный показатель составил 18,8% [157].

### 2.3.3. Медикаментозная терапия в программах ППТ — заместительная терапия

Во многих странах мира ЗТ считается одним из основных методов поддерживающей терапии зависимых от опиоидов и эффективным средством профилактики распространения ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Однако споры вокруг обоснованности данного метода, границ его применения и правомерности отнесения к арсеналу противорецидивной терапии не прекращаются [298, 314, 342, 399, 400, 423, 428, 466]. При этом зачастую используются аргументы немедицинского характера: у сторонников ЗТ — экономической выгоды; у противников — аргументы политической конъюнктуры [265, 267, 268, 278, 304].

Очевидным фактом является существенное увеличение интенсивности использования ЗТ во всех регионах мира за последнее десятилетие. В странах Евросоюза за последние 11 лет отмечается расширение контингентов, охваченных ЗТ, более чем в 6 раз. Примерно такая же динамика наблюдается и в других регионах. Это, с одной стороны, связывают с необходимостью существенного повышения эффективности профилактики ВИЧ среди ПИН, а с другой, — неуспешностью и дороговизной альтернативных подходов [261, 328, 330, 353, 408, 450]. Среди впечатляющих примеров масштабного внедрения ЗТ в тех странах, где до последних лет существовало крайне негативное отношение к данному подходу, приводят Китай и Иран с числом охваченных пациентов 300 тыс. и 150 тыс. соответственно [255, 340, 455].

Однако ведущими аргументами в пользу ЗТ остаются клинические и социальные. Достаточно строгие и многочисленные исследования показывают, что удержание клиентов в программах с использованием ЗТ в среднем в 3 раза выше, чем в программах с требованием полной абстиненции (*drug free*); у пациентов, получающих ЗТ, выше уровень комфорта и работоспособности, меньше шансов инфицирования ВИЧ; в группе ЗТ снижается уровень криминального поведения; при этом результирующий уровень потребления уличных наркотиков примерно одинаков и для программ *drug free* и для ЗТ [318, 370, 402, 439, 448]. Все большее количество исследователей приходит к пониманию необходимости сочетания ЗТ с полным объемом социальной, психотерапевтической и многопрофильной медицинской поддержки. В этом случае обычный для ЗТ 25—30%-ный выход клиентов данных программ в полную абстиненцию в течение 1,5—2 лет пребывания может увеличиться до 80% [257, 356, 394, 470, 471].

Последняя тема как возможность достойного компромисса между сторонниками и противниками ЗТ активно прорабатывается в последние годы, в том числе с использованием немаловажных экономических аргументов: использование технологий ЗТ не предполагает длительного

и затратного пребывания пациентов в стационаре, необходимого для подходов *drug free*. Однако в этом случае и полный комплекс противорецидивной терапии должен приближаться к форматам амбулаторной реабилитации [310, 320, 365]. Многочисленные публикации посвящены обсуждению выбора средств, используемых в программах ЗТ (метадон, бупренорфин, диурантные препараты морфина). При этом приводятся аргументы клинического, социального и экономического характера.

Все большее количество исследователей по клиническим аргументам отдает предпочтение бупренорфину, который обладает свойствами как агониста, так и антагониста опиоидов, имеет сравнительный лимит времени до следующего приема и меньше последствий при вынужденной абстиненции [270, 308, 312, 346—348, 359, 389, 413, 417, 466]. В связи со всем сказанным в среде наркологов-практиков предубежденное и настороженное отношение к ЗТ сменяется принятием точки зрения, согласно которой, ЗТ может применяться, по крайней мере, в отношении резистентных к любой другой терапии лиц с целью патронажа и продления жизни [454].

### 2.3.4. Перспективные направления медикаментозной противорецидивной терапии зависимых от других ПАВ

Работы самых последних лет, расширяющие перспективы использования медикаментозной терапии на этапе ППТ, обосновывают возможность использования широкого класса адаптогенов, которые эффективно нормализуют остаточные гомеостатические нарушения, выравнивают эмоциональный фон и снижают вероятность актуализации патологического влечения [144]. Показана возможность использования малых доз налоксана для снижения толерантности у зависимых от опиоидов к флюоксетину и другим антидепрессантам [141]. Значительный интерес вызывают публикации о возможности синтеза веществ нового класса на основе кортикостероидных соединений, эффективно и долговременно снижающих уровни влечения к наркотикам [223]. Исследуются новые классы препаратов (метилналоксон, лонерамид), прием которых приводит к активизации центральных отделов эндогенной опиатной системы (что очень важно в аспекте профилактики рецидивов), одновременно подавляя активность периферического звена эндогенной опиатной системы, т.е. блокируя эффекты парентерального введения наркотиков, что, собственно, и требуется для эффективной противорецидивной терапии [224]. Опубликованы данные о возможности использования на этапе ППТ агониста-антагониста опиоидных рецепторов нолбутина, препарата, использование которого возможно в качестве монотерапии с целью долговременной дезактуализации патологического влечения к опиоидам [226]. С целью эффективного купирования расстройств астенического спектра, весьма часто являющихся предметом диском-

форты у зависимых от опиоидов на этапе ППТ, перспективно использование нового препарата ладстен (бромантан) [241]. Подчеркивается необходимость постоянного поиска и пересмотра идеологических подходов, сложившихся в наркологии в начале 70-х годов и продемонстрировавших свою низкую эффективность [139].

### 2.3.5. Механизмы терапевтического сообщества, используемые в программах ППТ

Одно из наиболее существенных требований к повышению эффективности этапного реабилитационного воздействия на зависимых от ПАВ — это полимодальность такого воздействия, что в наибольшей степени обеспечивается механизмами терапевтического сообщества (ТС) [193]. ТС — это модель нормативного социума [180], это система, которая включает в себя иные системы социального воздействия на пациента и которая направлена на формирование успешной адаптации человека в обществе [162]. Соответственно, основная технология, используемая в ТС, — это технология общинной поддержки нормативных статусов зависимых от ПАВ [262]. При этом могут использоваться и другие структурированные технологии — проработка базисных конфликтов в большой группе, проработка семейных отношений, профессиональное обучение, труд, занятость с позитивным подкреплением достижений и др. [339, 366]. Многие авторы отмечают необходимость использования механизмов ТС в целях противорецидивной терапии еще на этапах стационарного лечения и реабилитации. Отмечается в то же время значительный процент отсева пациентов из этих программ — до 70—80% — в течение первого месяца пребывания на этапе стационарной реабилитации [103, 293, 457]. В связи с этим сообщается о целесообразности использования механизмов ТС с противорецидивными целями в амбулаторных условиях [283, 367]. Классическим примером такого подхода являются программы анонимных алкоголиков (АА) и анонимных наркоманов (АН), с успехом применяющиеся в противорецидивных целях в различных странах мира [334]. Сообщается о достаточно высокой эффективности программ противорецидивной терапии, где в качестве основной технологии использовался механизм ТС [47, 294].

### 2.3.6. Психотерапевтические подходы в программах ППТ — общая методология

Основная стратегическая линия противорецидивной психотерапии — формирование свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в химическую зависимость [110]. Этому способствуют сами по себе содержательные аспекты психотерапевтического воздействия, направленного на развитие у человека возможностей изменения собственной жизни, эффективной самоорганизации [97, 210], а также универсальные задачи психотерапии на этапе ППТ — достижение конструктивных жизненных целей и формирование устойчивых ресурсных

состояний, включающих навыки эффективной самоорганизации [113]. В последние годы раздается все больше голосов в пользу необходимости более строгого структурирования, регламентации и оформления психотерапевтического воздействия в соответствии с дисциплинарными требованиями, предъявляемыми в области медикаментозного лечения, без чего невозможна адекватная оценка эффективности и прогноза реабилитационных программ, в частности программ ППТ. В связи с этим, разрабатываются систематика развивающих технологий и общие критерии их пригодности к использованию в системе наркологической помощи [27, 100]. При этом отмечается, что основные сложности такой аналитической работы связаны с разнообразием психотерапевтических подходов, обусловленным разнонаправленностью запросов на психотерапевтическую помощь со стороны пациентов [24, 166]. Высказываются полярные точки зрения в отношении возможностей количественно-статистического учета основных эффектов психотерапии [70, 87]. Однако большинство исследователей обосновывает реальность выстраивания проработанной дисциплинарной методологии оценки эффективности используемых психотерапевтических технологий [1, 131, 168, 232]. В связи с этим появляются перспективы адекватной стандартизации используемых терапевтических подходов [28] и даже их унификации в форме базовой интегративной модели психотерапии [171]. Движение в данном направлении для психотерапии, используемой в наркологической практике, в частности на этапе ППТ, облегчается наличием проработанных мишеней — точек приложения психотерапевтических технологий [7, 49, 79, 126, 183], а также континуальных подходов, предполагающих четко обоснованную этапность, преемственность, комплексность и адекватность используемых психотерапевтических технологий [19, 45, 92, 140, 179, 198]. Обосновывается необходимость использования функционального психотерапевтического диагноза как важной методологической составляющей эффективного процесса психотерапии и реабилитации [154]. По мнению С.А. Кулакова, психотерапевтический диагноз должен включать в себя:

- 1) уровни развития личности (психотический, пограничный, невротический);
- 2) тип организации характера;
- 3) паттерн аффектов, защитных механизмов и объективных отношений;
- 4) характер декомпенсации в виде соответствующего расстройства (например, химической зависимости) [130].

При оформлении общеметодологических подходов в обязательном порядке следует учитывать этнокультуральные особенности охватываемого контингента пациентов и необходимость выстраивания соответствующих моделей психотерапии [143, 214].

### 2.3.7. Психотерапевтические технологии, используемые на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии

Одной из психотерапевтических технологий, эффективность которой безоговорочно признается в наркологии, является мотивационная психотерапия. Основные разновидности данного психотерапевтического подхода были разработаны W. Miller, S. Rollnick, и с успехом использовались на различных этапах оказания наркологической помощи [384, 432]. Наиболее популярная в наркологической практике экспресс-технология мотивационного собеседования (МЕТ) используется с целью повышения уровней мотивации пациента на получение соответствующего вида наркологической помощи и улучшения комплаентности. Многие авторы подтверждают возможность достижения упомянутых целей при использовании МЕТ [284, 285, 358, 385, 386, 436, 452]. В последние годы обращается внимание на возможность использования среднесрочных моделей мотивационной психотерапии для повышения антинаркотической устойчивости и улучшения социального функционирования зависимых от ПАВ на этапе ППТ путем изменения мотивационных компонентов личностной структуры [67, 195, 253, 388]. Наиболее широко в наркологической практике представлены технологии когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ), эффективность которых многократно доказана с использованием принципов доказательной медицины и мета-анализа [280, 333, 418]. Основные точки приложения КПТ в наркологической практике, в том числе на этапе противорецидивной терапии:

- 1) снятие эмоционального напряжения;
- 2) коррекция настроения;
- 3) выработка уверенности в себе;
- 4) формирование социально-коммуникативных навыков;
- 5) выработка стрессоустойчивости [387, 391, 407, 424].

При сравнении эффективности КПТ, психологического консультирования и 12-шаговых программ преимущество в длительности и качестве ремиссий имеют пациенты, получавшие индивидуальные и групповые курсы КПТ [371, 390]. В США разработаны и успешно применяются протоколы КПТ для лиц, находящихся в состоянии ремиссии [338]. Элементы КПТ (ваучеры, очки, баллы с позитивным подкреплением высоких результатов) используются во многих моделях медико-социальной реабилитации [350]. Однако наиболее эффективно сочетание индивидуальной и групповой форм КПТ с курсом не менее 4 недель [373]. Многие авторы считают наиболее эффективным с точки зрения обеспечения длительности и качества ремиссий сочетание мотивационной

и когнитивно-поведенческой психотерапии [26]. Важными вариантами КПТ являются когнитивные техники проработки адекватных образов и отношения к здоровью и болезни, а также комплаентная терапия [59, 133, 136]. Следующей по значимости и масштабам использования в наркологической практике на всех уровнях оказания помощи, и особенно этапе ППТ, является групповая психотерапия. Используются как классические, так и модифицированные варианты групповой психотерапии [39, 99, 173, 182, 228]. По мнению ряда авторов, с целью развития адаптационных способностей, креативности и других свойств, способствующих повышению антинаркотической устойчивости на этапе ППТ, перспективным является использование арт-терапии [41, 251]. Применение телесно-ориентированной психотерапии способствует стабилизации эмоционального регистра, улучшения социального функционирования, что показано на всех этапах наркологической помощи, оказываемой в постабстинентный период [82, 83]. Технологии нейролингвистического программирования используются с целью изменения моделей поведения и достижения оптимальных комфортных состояний у зависимых от ПАВ [17, 244]. Ряд авторов сообщает об успешном применении отдельных, не столь распространенных психотерапевтических модальностей с противорецидивными целями: психодрамы [152], экзистенциальной психотерапии [170], психоанализа [2].

### 2.3.8. Технологии работы с семьей и другими значимыми людьми на этапе ППТ

Работа с семьей зависимых от ПАВ необходима для достижения долгосрочных результатов [145]. Вопросы механизмов семейной деформации, формирования феномена созависимости (патологического вовлечения в проблему химической зависимости ближайших родственников и близких) на сегодняшний день достаточно изучены и есть понимание того, как работать с этими феноменами на этапах наркологической помощи [37, 176]. При этом большое значение уделяется диагностике семейного наркологического риска и особенностям семейных отношений с помощью различных диагностических инструментов, в том числе индекса тяжести зависимости [40, 42, 163]. Выделяют 4 фазы семейного реагирования на употребление ПАВ:

- 1) аффективная;
- 2) гиперконтрольная;
- 3) экстернализации;
- 4) индифферентная.

Последние два варианта чаще всего являются мишенями семейной терапии на этапе ППТ [218]. Кроме того, семейным психотерапевтам на всех этапах оказания наркологической помощи приходится иметь дело:

- 1) с состояниями субдепрессии;
- 2) психосоматикой;

- 3) застойными аффектами;
- 4) острыми реакциями на стресс;
- 5) невротическими состояниями;
- 6) хроническими психогенными расстройствами, развивающимися вследствие хронической психотравмы, которой является факт химической зависимости у родного и близкого человека [73, 442].

Из технологий работы с семьей, используемых на этапе ППТ, отмечается важность социальной поддержки [442, 456]. Семейная психотерапия остается главным компонентом этапа ППТ [289, 363]. Большинство авторов считает, что работа с созависимыми должна быть комплексной и включать в себя тренинговые, консультативные, психотерапевтические блоки, а также максимальное вовлечение родных и близких в ресоциализационные мероприятия [167, 225]. Особый акцент делается на необходимости соответствующей работы с родственниками зависимых от ПАВ детей и подростков [105, 172].

### 2.3.9. Технологии психологического консультирования ППТ и социальной работы на этапе ППТ

Нет никаких сомнений в том, что психологическое консультирование способствует:

- 1) удержанию пациентов в программах медико-социальной реабилитации, в частности на этапе противорецидивной терапии;
- 2) улучшению результатов лечения и реабилитации [307, 343].

Рядом исследователей отмечается существенный рост эффективности, длительности и качества ремиссий при сочетании психологического консультирования с когнитивно-поведенческой психотерапией, фармакотерапией [335—337, 380]. Наилучшие результаты достигаются при сочетании индивидуальной и групповой форм психологического консультирования [288].

Компонент социальной работы способствует улучшению социального функционирования зависимых от ПАВ, улучшению семейных отношений, повышению личного благополучия на этапе ППТ [374]. Из социальных технологий, используемых на данном этапе, выделяют патронаж больного, его семьи, оказание социальной помощи и поддержки, работу по обеспечению активности групп самопомощи и взаимопомощи [120]. Наиболее востребованными технологиями из данного перечня являются технологии социальной поддержки [275, 360, 376] и социальные тренинги по формированию адекватных копинг-стратегий [321, 354, 392].

### 2.4. Оценка эффективности технологий противорецидивной и поддерживающей терапии

Оценке эффективности наркологической помощи, в том числе оказываемой на этапе ППТ, в последние годы придается все больше значения. Обращается внимание на необходимость разработки и использова-

ния выверенной методологии такой оценки, учета всех наиболее важных факторов. В частности, необходимость полноценного охвата катamnестическими исследованиями не менее 60—75% зависимых от ПАВ, завершивших лечебно-реабилитационные и противорецидивные курсы [18, 60, 263, 264, 317, 345, 444, 462, 465]. Методология катamnестических исследований должна быть тщательно выверена по параметрам объема выборки, этапам данного исследования, структуре и времени интервью, обеспечения прав пациента. Имеют значение уровни подготовки персонала, организационные ресурсы учреждения [263, 287, 296, 375]. Из основных оцениваемых параметров, свидетельствующих об эффективности наркологической помощи, оказываемой, в частности, на этапе ППТ, называют:

- 1) ситуацию с употреблением основного наркотика, по отношению к которому сформировалась зависимость;
- 2) психическое состояние;
- 3) показатель занятости;
- 4) улучшение межличностных отношений;
- 5) состояние общего здоровья;
- 6) правовой статус [259, 323, 344, 416].

Среди инструментов оценки эффективности наиболее часто называют:

- 1) индекс тяжести зависимости;
- 2) индекс лечения опиоидной зависимости;
- 3) профиль зависимости,

разработанные, соответственно, в США, Австралии и в Англии в конце прошлого века [291, 369, 376].

### 2.5. Организация программ ППТ

В настоящее время существует достаточно аргументов для обоснования необходимости организационного оформления самостоятельного этапа ППТ в системе наркологической помощи [34, 147, 237, 247]. О необходимости перевода зависимых от ПАВ на данный этап после завершения программ амбулаторной и стационарной реабилитации, но также и после обычных курсов детоксикационной терапии, сообщают многие исследователи. Высказываются различные мнения о длительности, интенсивности и наполнении программ противорецидивной терапии. Однако большинство исследователей согласно с тем, что продолжительность ППТ должна составлять от 0,5 года и выше [72, 104, 227, 229]. Основная проблема в организации такого этапа наркологической помощи заключена в том, что в действующих нормативных документах Республики Казахстан данный вид помощи отчетливо не прописан и представлен амбулаторным патронажем врачей-наркологов, что явно недостаточно [174, 175, 203]. В то же время необходимо утверждение на национальном уровне организационных стандартов и протоколов ППТ зависи-



мых от ПАВ [107, 122]. Далее, необходимо, чтобы количественные, качественные, в частности экономические, показатели эффективности деятельности наркологических учреждений включали в себя оценку этапа противорецидивной и поддерживающей терапии [71, 81, 109, 115, 155, 156]. При этом особое внимание должно быть обращено на разработку адекватных стандартов подготовки персонала, задействованного на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии, и полноценное укомплектование данного звена наркологической помощи квалифицированными кадрами [54, 77, 93, 110, 248, 341, 349, 361, 362, 377, 395, 445].

### Заключение

Таким образом, на основании проанализированного объемного материала можно утверждать, что достижение важных стратегических целей в области снижения спроса и потребления наркотических веществ во многом зависит от успешности этапа ППТ лиц с химической зависимостью. Четкая и продуманная организация этапа наркологической помощи, специализированного по профилю ППТ, будет способствовать повышению длительности и качества ремиссий у зависимых от ПАВ, а также росту клинической, социальной и экономической эффективности наркологической помощи, в целом.

Однако до настоящего времени вопросы адекватной профильной дифференциации (по основным нозологиям, уровням УРП, предшествующим этапам наркологической помощи) программ ППТ, оценки их клинической, социальной и экономической эффективности остаются непроработанными, что служит препятствием для организации данного этапа наркологической помощи и роста ее эффективности, в целом.

### Список литературы

1. Абабков В.А. Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины. — СПб., 2006. — С. 5—6.
2. Абдулина Г.С., Жолдаспаева Б.Т., Нургазина А.З. Психотерапевтические стратегии для наркозависимых с расстройствами личности // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2007. — Т. VII, №4. — С. 15—20.
3. Абеева А.Г. Клинико-психопатологические и личностные особенности зависимости от ПАВ, находящихся на принудительном лечении: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Алматы, 2008. — 18 с.
4. Абетова А.А. Некоторые клинико-динамические особенности опийной наркомании // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2009. — Т. IX, №2. — С. 37—43.
5. Адамова Т.В. Психологическое тестирование как одна из технологий реабилитации наркологических больных // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 135—136.
6. Адильханова К.А., Беспалова Л.Ю., Беспалов Ю.И. Динамика клинико-психопатологических синдромов, связанных с потреблением ПАВ, и некоторые признаки ранней диагностики зависимости от них // Материалы III Съезда психиатров, психотерапевтов, наркологов и медицинских психологов Республики Казахстан (10—11 сентября 2009 г.). — Алматы, 2009. — С. 108—109.
7. Адылов Д.У., Маткеримов Т.Ж. Мишени психотерапии у больных с зависимостью // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2005. — Т. V, №3. — С. 51—54.
8. Азанова Б.А. Динамика формирования ремиссий у больных героинового наркоманией с расстройствами личности в программах медико-социальной реабилитации: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Алматы, 2006. — 30 с.
9. Азанова Б.А. Формирование ремиссий у больных героинового наркоманией с расстройствами личности // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. — М., 2007. — С. 7—8.
10. Азанова Б.А., Абеева А.Г. Динамика формирования ремиссий у больных героинового наркоманией с расстройствами личности // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар. — 2006. — Т. VI, №2. — С. 56—61.
11. Айтбаева Ж.Т., Еркинбекова Б.К., Толстикова А.Ю. Модуляция параметров иммунорегуляции при психических и поведенческих расстройствах вследствие употребления психоактивных веществ // Материалы III Съезда психиатров, психотерапевтов, наркологов и медицинских психологов Республики Казахстан (10—11 сентября 2009 г.). — Алматы, 2009. — С. 111—112.
12. Александров А.А. Стигматизация в наркологии // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). — М., 2008. — С. 163—175.
13. Алтынбеков С.А. Исследование эффективности основных механизмов противодействия распространению наркозависимости в Республике Казахстан: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — Алматы, 2005. — 50 с.
14. Алтынбеков С.А. К стандарту услуг, оказываемых населению Республики Казахстан по профилю вторичной профилактики зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2004. — Т. IV, №1. — С. 150—154.
15. Алтынбеков С.А., Беспалова Л.Ю., Нургалиева К.К., Субханбердина А.С. Лечение наркоманий антаксонем в качестве сенситизирующей терапии // Материалы III Съезда психиатров, психотерапевтов, наркологов и медицинских психологов Республики Казахстан (10—11 сентября 2009 г.). — Алматы, 2009. — С. 115—116.
16. Алтынбеков С.А., Катков А.Л. Медицинские аспекты противодействия наркозависимости в Республике Казахстан. — Павлодар, 2006. — 302 с.
17. Алтынбеков С.А., Шахметов Б.А. Нейролингвистическое программирование в терапии и профилактике наркозависимости с включением феномена антинаркотической устойчивости и оптимального комфортного состояния // Вопросы ментальной медицины и экологии. — Москва—Павлодар, 2007. — Т. XIII, №1. — С. 60—61.
18. Аманова Ж.Ш. Социально-психологический тренинг в программе медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2004. — Т. IV, Специальный выпуск, посвященный II Съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан. — С. 83—87.
19. Аракчеева Е.П., Шанина И.Н., Тимофеева Е.Ю. Принципы этапности и преемственности в психотерапевтической практике // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». — СПб., 2006. — С. 8—9.
20. Байкенов Е.Б. Исследование особенностей мотивационной сферы наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2008. — Т. VIII, №3. — С. 54—56.

21. Байкенов Е.Б. Мотивационная сфера наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2009. — Т. IX, №1. — С. 101—108.
22. Байкенов Е.Б. Применение способа диагностики волевых расстройств в исследовании мотивационной сферы зависимых от психоактивных веществ (ПАВ) // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2008. — Т. VIII, №4. — С. 36—38.
23. Балашов А.М. Надо ли защищать честь мундира? Нельзя нарушать права пациентов на информацию // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). — М., 2008. — С. 39—44.
24. Баранов В.С., Смирнова Д.А. Амбулаторная психотерапевтическая помощь на территории Самарской области // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». — СПб., 2006. — С. 9—10.
25. Белокрылов И.В. Значение диагностической квалификации личностной патологии для дифференцированного выбора стратегий психотерапии больных с зависимостью от ПАВ // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 137—138.
26. Белокрылов И.В., Дудко Т.Н., Еричев А.Н. Комплексная программа лечения пациентов с алкогольной зависимостью // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 51—52.
27. Беломестнова Н.В. О критериях эффективности психотерапии // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». — СПб., 2006. — С. 10—11.
28. Беребин М.А. К вопросу о разработке нормативов при оказании психотерапевтической помощи // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». — СПб., 2006. — С. 11—12.
29. Беседина О.Б., Корнилов А.А., Снегирева Т.Я. Аддиктивное поведение в период ремиссии при алкогольной зависимости в условиях пенитенциарных учреждений // Сибирский вестник психиатрии и наркологии: Тезисы докладов научно-практической конференции «Психическое здоровье населения Сибири и Дальнего Востока», посвященной 25-летию ГУНИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. — 2006. — Приложение (41). — С. 47—48.
30. Битенский В.С. Стойкость ремиссий при алкоголизме и наркоманиях как одна из важнейших проблем наркологии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — СПб., 1992. — Т. 1. — С. 130—131.
31. Благов Л.Н., Власова И.Б., Шуплякова А.В., Бутырин А.С., Найденкова И.Н. Психопатологическая структура сенсорного компонента феномена «псевдоабстиненции» в клинике аддиктивного заболевания // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 56—57.
32. Блейхер В.М. Толковый словарь психиатрических терминов / В.М. Блейхер, И.В. Крук / Под ред. С.Н. Бокова. — Воронеж: Изд-во НПО «МОДЕК», 1995. — 640 с.
33. Блохина Е.А., Крупичкий Е.М., Звартау Э.Э., Бушара Н.М., Вальгрен В.Ю., Цой-Подосенин М.В., Масалов Д.В., Бураков А.М., Романова Т.Н., Тюрина А.А., Палаткин В.Я., Вербицкая Е.В., Славина Т.Ю. Двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности применения налтрексона и гуанфацина для стабилизации ремиссии у больных героиновой наркоманией // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 57—58.
34. Бойко Е.О. Сравнительная характеристика уровня качества жизни и социального функционирования у больных с синдромом зависимости // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. — М., 2007. — С. 15—16.
35. Бойко Е.О., Винникова М.А. Качество жизни и социальное функционирование больных наркологическими заболеваниями // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 58—59.
36. Большая Медицинская Энциклопедия. — М., 1983. — Т. 21. — 1031 с.
37. Борисов Д.Е. Вирус зависимости, или что находится внутри драматического треугольника // Вопросы ментальной медицины и экологии. — Москва — Павлодар, 2007. — Т. XIII, №2. — С. 72—75.
38. Братанова С.Б. Короткие и длительные ремиссии у больных героиновой наркоманией // Вопросы наркологии. — 2001. — №5. — С. 34—39.
39. Бредихина Е.В. Противорецидивная интегративно-развивающая психотерапия при наркологической зависимости // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». — СПб., 2006. — С. 151—152.
40. Булатников А.Н. особенности семейной дисфункции при наркологических заболеваниях // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. — М., 2007. — С. 23—24.
41. Булатова Р.А. Психотерапия больных с зависимостью от ПАВ методом АРТ-терапии (предварительное исследование) // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 139—140.
42. Бусыгин А.И., Капустин А.Н., Николаев В.М. Полипрофессиональная реабилитация семей девиантных подростков // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 150—151.
43. Бухтоярова Е.В. Изучение мотивации отказа от употребления ПАВ // Актуальные проблемы возрастной наркологии. — Челябинск, 2009. — С. 22—24.
44. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных алкоголизмом: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — 51 с.
45. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных с зависимостью от психоактивных веществ. — М., 1999. — Т. 1. — С. 85—93.
46. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии: Учебное пособие. — М.: Прогрессивные биомедицинские технологии, 2001. — 36 с.
47. Валентик Ю.В. Руководство по реабилитации несовершеннолетних злоупотребляющих наркотическими веществами. — М.: Изд. дом «Генжер», 2003. — 400 с.
48. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. — М., 2002. — 256 с.
49. Василенко Т.Д., Никишина В.Б., Запесоцкая И.В. К вопросу о методологических основаниях психологической модели психотерапии // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». — СПб., 2006. — С. 46—47.
50. Васильев В.Н., Кривулин Е.Н. Личностные особенности при резистентном течении опийной наркомании // Актуальные проблемы возрастной наркологии. — Челябинск, 2009. — С. 24—26.
51. Вертлугина Т.П. Психонейроиммунотерапия при опийной наркомании // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 24—25.
52. Вертлугина Т.П., Мандель А.И., Мазурова Л.В., Ляшко Г.П. Применение иммуномодулятора галавита в терапии постабстинентного состояния при алкоголизме // Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии. — Томск, 2008. — С. 52—53.
53. Вешнева С.А., Бисалиев Р.В. Оценка эффективности реабилитации у больных опийной наркоманией // Материалы I Россий-

- ского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 151—153.
54. Вешнева С.А., Паньрин В.Д., Соломатова Т.В. Пути повышения эффективности реабилитации больных наркоманией // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. — М., 2007. — С. 25—26.
55. Винникова М.А. Оптимизация психофармакологического лечения наркологических заболеваний // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. — М., 2007. — С. 26—27.
56. Власова И.Б., Благоев Л.Н., Шупляков А.В. Дефицитарная симптоматика в динамике героиновой наркомании у женщин // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 61—62.
57. Воборил Ж. Разработка эффективных программ терапевтических сообществ // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 153—154.
58. Голодный С.В. Общие терапевтические принципы сопровождения ремиссий при наркозависимых. — 2002. — www.med-pulse.h1.ru.
59. Голощапов И.В., Агибалова Т.В., Рычкова О.В. Новая модель комплаенс-психотерапии больных с зависимостью от алкоголя // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 140—141.
60. Горлинская Ю.Е., Ялгонский В.М. Динамика совладающего поведения зависимых от алкоголя до и после проведения тренинга жизнестойкости // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 195—196.
61. Грузман А.В. Разработка эффективного медикаментозного метода противорецидивной терапии при опиоидной наркомании в рамках вторичной профилактики (Предварительное сообщение) // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2005. — Т. V, №3. — С. 35—38.
62. Грузман А.В., Султанова К.Е. Уровень реабилитационного потенциала у пациентов с зависимостью от опиоидов как предиктор эффективности реабилитационных программ // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2006. — Т. VI, №2. — С. 11—19.
63. Грюнталь Н.А., Белокрылов И.В. Особенности структурно-иерархической организации самооценки больных алкоголизмом // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. — М., 2007. — С. 31—32.
64. Даренский И.Д. Системные методы лечения наркологических больных // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. — М., 2007. — С. 32—33.
65. Даренский И.Д., Демина М.В., Чирко В.В. Наркологические заболевания как этап течения личностной патологии // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 67—69.
66. Дауренбаев М.Т. Авторская методика исследования и прогнозирования состояния человека (на примере определения продолжительности ремиссии и рецидива наркозависимого состояния) // Вопросы ментальной медицины и экологии. — Москва — Павлодар, 2007. — Т. XIII, №3. — С. 45—48.
67. Декало Е.Э. К вопросу о применении мотивационной терапии в реабилитации лиц с синдромом опиоидной зависимости // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». — СПб., 2006. — С. 157.
68. Декало Е.Э., Краснятова Ю.А., Редченкова Е.М. Профилактика «срывов» в реабилитации больных опиоидной наркоманией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2006. — №4 (42). — С. 88.
69. Дереча В.А., Карпец В.В., Дереча Г.И. Зависимое состояние личности, как главный объект реабилитации больных алкоголизмом // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. — М., 2007. — С. 34—35.
70. Джангильдин Ю.Т. Методологические проблемы клинической психотерапии // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». — СПб., 2006. — С. 23—24.
71. Дмитриева Т.Б., Клименко Т.В. Деятельность международных и общественных организаций в профилактике немедицинского употребления ПАВ и зависимости от них // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). — М., 2008. — С. 59—65.
72. Дмитриева С.В., Фролов С.А., Орлова М.О. Программа Фонда «Здоровая Россия» профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей ПАВ // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28—30 октября 2009 г. — М., 2009. — С. 204—205.
73. Добровольская Ю.В., Тюнева А.И. Пограничные психические нарушения у созависимых родителей // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 72—73.
74. Драволина О.А., Беспалов А.Ю., Радченко Е.В., Захарова Е.С., Звартау Э.Э. Поведенческая фармакология никотина: механизмы злоупотребления и поиск новых средств фармакотерапии // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 28—29.
75. Дубинина Л.А., Ерышев О.Ф., Крутицкий Е.М. Особенности эмоциональных расстройств и восприятия качества жизни у больных алкоголизмом в период становления ремиссии // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 73—74.
76. Дудко Т.Н. Оценка эффективности работы наркологических реабилитационных учреждений // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. — М., 2007. — С. 37—38.
77. Дудко Т.Н. Проблемы медико-социальной реабилитации наркологических больных // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 155—156.
78. Ериш С.М., Букаров А.М., Крутицкий Е.М. Купирование постабстинентных расстройств у больных опиоидной наркоманией с помощью антидепрессанта trazodona // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 74—75.
79. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. Психотерапия в комплексном лечении больных с алкогольной зависимостью // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». — СПб., 2006. — С. 159—160.
80. Ескалиева А.Т. Эмоциональные нарушения и качество жизни у больных опиоидной наркоманией, инфицированных ВИЧ (клинико-психологический и реабилитационный аспекты): Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Томск, 2006. — 25 с.
81. Естегнеев А.С. Система мониторинга лечебно-реабилитационного процесса и оценка эффективности // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 157—158.
82. Жолдасова Ж.А. Динамика клинико-психопатологического статуса больных опиоидной наркоманией в результате применения телесно-ориентированного тренинга // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2006. — Т. VI, №2. — С. 66—68.
83. Жолдасова Ж.А. Динамика эмоционально-чувственной сферы у больных с опиоидной зависимостью при применении телесной психотерапии // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2006. — Т. VI, №2. — С. 25—29.
84. Жусупова Э.Т. Клинико-психопатологические, социально-психологические особенности ремиссий у больных с зависимостью

- от опиоидов: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Алматы, 2009. — 24 с.
85. Жусупова Э.Т., Субханбердина А.С. Роль патологического влечения в рецидивировании болезней зависимости (литературный обзор) // *Материалы III Съезда психиатров, психотерапевтов, наркологов и медицинских психологов Республики Казахстан (10—11 сентября 2009 г.)*. — Алматы, 2009. — С. 126.
86. Задорожная О.В., Дроздовский Ю.В. Проблемы выявления и клинической оценки побочных эффектов психофармакотерапии // *Актуальные проблемы возрастной наркологии*. — Челябинск, 2009. — С. 152—155.
87. Зайченко А.А. Психотерапия в ситуации постмодерна: психотерапевтическая ризома // *Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины»*. — СПб., 2006. — С. 25—26.
88. Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. Совместная позиция ВОЗ / УООНП / ЮНЕЙДС.
89. Зенцова Н.И. Структурно-динамические особенности интеллекта зависимых от ПАВ // *Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии*. — М., 2007. — С. 40—41.
90. Зенцова Н.И., Сирота Н.А. Понятие клинико-психологического функционального диагноза в наркологии // *Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием*. — М., 2009. — С. 199—200.
91. Зигадло М. Интегрированные системы оказания помощи лицам, страдающим наркоманией: опыт ассоциации «Монар» // *Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием*. — М., 2009. — С. 159.
92. Зиновьев С.В., Сафонов А.Т. Этапность психотерапевтического ведения пациентов с сопутствующей аддиктивной патологией // *Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины»*. — СПб., 2006. — С. 161—162.
93. Зиньковский А.К. Эффект «Hello — good — buy» в современной подготовке клинических психологов в зеркале доказательной медицины // *Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины»*. — СПб., 2006. — С. 26—27.
94. Зобин М.Л. Лечение опиоидной зависимости: цели и результаты (сравнительный анализ) // *На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи)*. — М., 2008. — С. 367—373.
95. Зобин М.Л., Егоров А.Ю. Ремиссии при опиоидных наркоманиях (обзор) // *Психическое здоровье*. — 2006. — №10. — С. 36—48.
96. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. 2-е изд.-е. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. — 944 с.
97. Игонин А.А., Шевцова Ю.Б. Возможности коррекции нарушений социального поведения больных алкоголизмом с помощью психотерапевтических методов // *Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием*. — М., 2009. — С. 76—77.
98. Илок Р.Д., Берно-Беллуке И.В. Агрессивность как мишень гештальт-терапевтической работы с потребителями психоактивных веществ // *Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины*. — СПб., 2006. — С. 162—163.
99. Инсурина Г.Л. Групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия: механизмы лечебного воздействия в краткосрочной модели // *Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины»*. — СПб., 2006. — С. 28—29.
100. Исханов Р.Х. Неспецифические основания архитектоники психотерапии // *Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины»*. — СПб., 2006. — С. 29—30.
101. Кабанен О.В., Кулунбаева А.А., Тлеубаева Ш.М. Применение нейролептиков в наркологической практике // *Вопросы наркологии Казахстана*. — Павлодар, 2008. — Т. VIII, №1. — С. 60—65.
102. Кабанов М.М. Реабилитация и психотерапия // *Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины*. — СПб., 2006. — С. 30—31.
103. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. — Т. 1 — М.: Медицина, 1994. — 672 с.
104. Каражанова А.С. Медико-социальная реабилитация детей, злоупотребляющих летучими растворителями в амбулаторных условиях // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. — 2006. — Приложение (41). — С. 107—109.
105. Каражанова А.С., Небельцова А.А. Семейная реадaptация детей и подростков, злоупотребляющих ПАВ и зависимых от них в реабилитационной программе // *Вопросы наркологии Казахстана*. — Павлодар, 2007. — Т. VII, №1. — С. 67—70.
106. Карпец А.В., Пхиденко С.В., Алексеева А. Оценка эффективности реабилитации наркозависимых лиц с применением интервью «индекс тяжести зависимости» // *Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием*. — М., 2009. — С. 161—162.
107. Катков А.Л. К стандарту организации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК // *Вопросы наркологии Казахстана*. — Павлодар, 2009. — Т. IX, №2. — С. 74—88.
108. Катков А.Л. Комплексная система управления качеством наркологической помощи Казахстана как эффективный инструмент профилактики ВИЧ // *Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28—30 октября 2009 г.* — М., 2009. — Т. 1. — С. 248—249.
109. Катков А.Л. Оценка качества наркологической помощи на уровне пациентов — зависимых от ПАВ // *Вопросы наркологии Казахстана*. — Павлодар, 2009. — Т. IX, №2. — С. 89—91.
110. Катков А.Л. Стратегия образовательной деятельности в рамках международного проекта по профилю профилактики распространения ВИЧ/СПИДа в Центральной Азии и Закавказье // *Вопросы наркологии Казахстана*. — Павлодар, 2007. — Т. VII, №1. — С. 85—89.
111. Катков А.Л. Стратегия психотерапии зависимых от психоактивных веществ // *Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины»*. — СПб., 2006. — С. 165—167.
112. Катков А.Л., Василенко И.В. Сравнительная динамика формирования ремиссий в группах пациентов с опиоидной зависимостью, дифференцированных по основным моделям оказания наркологической помощи // *Вопросы наркологии Казахстана*. — Павлодар, 2005. — Т. V, №3. — С. 56—57.
113. Катков А.Л., Макаров В.В. Роль и место психотерапии в профилактике, лечении и реабилитации зависимостей // *Психотерапия*. — М., 2009. — №8. — С. 11—17.
114. Катков А.Л., Пакеев С.О. Социально-психологические характеристики отношения к здоровью и болезни у зависимых от опиоидов с коморбидными гепатитами В и С, ВИЧ, органическими расстройствами травматической этиологии и пиелонефритом // *Вопросы ментальной медицины и экологии*. — Москва — Павлодар, 2007. — Т. XIII, №4. — С. 41—45.
115. Комарова О.Н. Экономическая эффективность действующей модели наркологической помощи ВИЧ-инфицированным наркозависимым в РК // *Сб. статей и тезисов международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции — новые стратегии» (27—28 сентября 2007 г.)*. — Павлодар, 2007. — С. 42—44.

116. Комарова О.Н., Катков А.А. Особенности формирования терапевтических ремиссий у ВИЧ-инфицированных наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2007. — Т. VII, №3. — С. 63—67.
117. Конищев А.С., Цыганков Д.Б., Гаджиева У.Х. Клинические типы ремиссий невротического уровня // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 82—83.
118. Косарев С.П. Изменения личности у подростков при токсикомании // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 83—84.
119. Котельников Г.П., Носачев Г.Н., Корякин С.А., Носачев И.Г. Преодоление стигматизации и дискриминации больных алкоголизмом и наркоманиями как базовая задача общественной наркологии // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. — М., 2007. — С. 51—52.
120. Котельникова Л.А. Социальная работа в системе лечебно-реабилитационной помощи наркологическим больным // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 164—165.
121. Коцегулова Р.М. Опыт клинического применения рisperидона, клозапина и галоперидола в терапии героиновой наркомании // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. — М., 2007. — С. 54—55.
122. Коцегулова Р.М. Проекты проколов высокоспециализированной медицинской помощи больным с зависимостью от ПАВ // Сб. статей и тезисов международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции — новые стратегии» (27—28 сентября 2007 г.). — Павлодар, 2007. — С. 50—54.
123. Коцегулова Р.М. Социальный и экономический аспект внедрения нового поколения антинаркотической фармакотерапии // Сб. статей и тезисов международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции — новые стратегии» (27—28 сентября 2007 г.). — Павлодар, 2007. — С. 54—56.
124. Кравченко С.А. Клинико-экономические аспекты лечения женщин с безремиссионным течением алкоголизма // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 84—85.
125. Кравченко С.А. Ремиссии и рецидивы алкоголизма у женщин с разной прогрессивностью заболевания // Вопросы наркологии. — 2002. — №4. — С. 8—15.
126. Кривулин Е.Н. Особенности амбулаторной реабилитационно-профилактической помощи наркозависимым // Актуальные проблемы возрастной наркологии. — Челябинск, 2009. — С. 155—160.
127. Крупицкий Е.М. Применение фармакологических средств для стабилизации ремиссий и профилактики рецидивов при алкоголизме: зарубежные исследования // Вопросы наркологии. — 2003. — №1. — С. 51—61.
128. Крупицкий Е.М., Звартау Э.Э., Масалов Д.В., Бураков А.М., Вербицкая Е.В., Цой М.В., Вальгрен В.Ю., Бушара Н.М., Романова Т.Н., Блохина Е.А., Тюрина А.А., Палаткин В.Я., Славина Т.Ю., Вуди Д. Предварительные данные двойного слепого рандомизированного исследования эффективности имплантата налтрексона (продетоксона) для лечения опиоидной наркомании // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 85—86.
129. Кузнецов А.Г., Белокрылов И.В. Динамика опиоидной наркомании, формирующаяся у лиц с пограничными расстройствами личности // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 146—147.
130. Кулаков С.А. Психотерапевтический диагноз // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». — СПб., 2006. — С. 34—35.
131. Курпатов В.И., Федоров А.П., Титова В.В., Третьяк Л.Л., Чугунова Д.Н., Богдан Р.А., Осина С.А. Методы исследования и оценка эффективности психотерапии // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». — СПб., 2006. — С. 35—36.
132. Кусаинов А.А. Негативные (дефицитарные) психопатологические синдромы в клинике опиоидной наркомании // Сб. статей и тезисов международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции — новые стратегии» (27—28 сентября 2007 г.). — Павлодар, 2007. — С. 56—58.
133. Лаврентьев О.В. Изменение внутренней картины здоровья и болезни при наркотической зависимости // Сб. статей и тезисов международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции — новые стратегии» (27—28 сентября 2007 г.). — Павлодар, 2007. — С. 58—61.
134. Лаврентьев О.В. Отношение к собственному здоровью при зависимости от ПАВ // Сб. статей и тезисов международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции — новые стратегии» (27—28 сентября 2007 г.). — Павлодар, 2007. — С. 63—65.
135. Лаврентьев О.В. Структура внутренней картины болезни // Сб. статей и тезисов международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции — новые стратегии» (27—28 сентября 2007 г.). — Павлодар, 2007. — С. 276—285.
136. Лаврентьев О.В., Пазыхаир М.П., Гловатский В.В., Мухаметжанов О.М. Особенности внутренней картины болезни и здоровья у пациентов зависимых от опиоидов // Вопросы ментальной медицины и экологии. — Москва — Павлодар, 2007. — Т. XIII, №2. — С. 77—81.
137. Лазарев В.А., Исмагилов Н.Г. О влиянии некоторых клинических и социально-психологических факторов на длительность ремиссии у больных с наркологическими расстройствами (алкоголизм) // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2005. — Т. V, №4. — С. 22—23.
138. Левин А., Хайд Л., Юргенс Р., Кэртис М., Эллиотт Р., Утяшева Л., Маклеан С., Довбах А.В. Ничего для нас без нас: защита для большей причастности людей, которые используют наркотики в Восточной Европе и Средней Азии // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. — М., 2008. — С. 210.
139. Левич В. Эффективное лечение наркомании или средство от демонов «Бхутта» // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). — М., 2008. — С. 349—367.
140. Литвинков Н.П. Психотерапия в системе реабилитации наркологических больных // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 167—168.
141. Литвинова С.В., Аристова В.В., Калужный А.А., Теребилина Н.Н., Панченко А.Ф. Применение малых доз налоксона для подавления толерантности к антиноцицептивному эффекту флуоксетина // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 33—34.
142. Литвинцев С.В., Шамрей В.К., Медведев Н.П., Кочеткова Т.Е., Базаев А.А. Применение оценки неспецифических адаптационных реакций организма при анализе качества ремиссий у больных опиоидной наркоманией // Наркология. — М., 2003. — №7. — С. 18—20.
143. Логинов И.П. Этнические аспекты психотерапии опиоидной зависимости // Вопросы ментальной медицины и экологии. — Москва — Павлодар, 2007. — Т. XIII, №2. — С. 75—77.

144. Логинов И.П. Комплексный подход к лечению опиоидной зависимости у больных с различными типами метаболизма // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — С. 149—151.
145. Логунцева А.Е., Скороходова Т.Ф., Агарков А.А., Погорелова Т.В. Психологическое консультирование родителей детей, находящихся в детских и подростковых отделениях // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — С. 150—153.
146. Лопатин Д.В., Ялтонская А.В., Ялтонский В.М. Самоэффективность совладания с ситуациями высокого риска рецидива больных, зависимых от героина в фазу стойкой ремиссии // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 202—203.
147. Лохман Д., Овчинникова М., Амон Д. Роль российской системы лечения наркозависимости в борьбе с ВИЧ-инфекцией // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. — М., 2008. — С. 239.
148. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. на русский язык под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — Всемирная Организация Здравоохранения, Россия. — Санкт-Петербург: Оверлайд, 1994. — 304 с.
149. Мелик-Парсаданов М.Ю. Психотерапия невротоподобных и вторичных невротических нарушений у больных со спонтанной ремиссией алкоголизма // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины. — СПб., 2006. — С. 172—174.
150. Менделевич В.Д. Риторические вопросы о кризисе современной российской наркологии // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). — М., 2008. — С. 6—11.
151. Менделевич В.Д. Сравнительные особенности стандартов лечения опиоидной зависимости в отечественной и мировой наркологии // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). — М., 2008. — С. 95—99.
152. Миназов Р.Д. Психодрама в реабилитации наркозависимых: принципы проведения, оценка эффективности // Психическое здоровье. — 2009. — №9. — С. 44—49.
153. Митрофанов Е.В., Верлугина Т.П., Бохан Н.А. Психонейроиммунотерапия при опийной наркомании в динамике синдрома отмены // Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии. — Томск, 2008. — С. 154—155.
154. Михайлов Б.В., Сарвир И.Н. Понятие диагноза в современной психотерапии как условия ее развития на принципе доказательной медицины // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». — СПб., 2006. — С. 40—41.
155. Михалева Л.Д., Пивоварова Т.И., Левкович Л.С., Максименко Н.Н., Ушаков В.Г. К вопросу об оценке эффективности и качества деятельности наркологических учреждений: Сообщение 1 // Вопросы наркологии. — 2002. — №3. — С. 48—59.
156. Михалева Л.Д., Пивоварова Т.И., Максименко Н.Н., Левкович Л.С. Некоторые особенности экспертной оценки качества медицинской помощи наркологическим больным: Сообщение 2 // Вопросы наркологии. — 2002. — №3. — С. 60—65.
157. Михалева Л.Д., Юхименко А.В., Сулимов Г.Ю. Формирование ремиссий у больных с опийной наркоманией при длительном применении пролептика налтрексона — продексона // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. — М., 2007. — С. 67—68.
158. Молчанов С.Н. Определение уровня реабилитационного потенциала, как диагностическая процедура выбора реабилитационной программы у лиц, зависимых от психоактивных веществ // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2006. — Т. VI, №4. — С. 7—25.
159. Молчанов С.Н. Особенности формирования ремиссии у лиц с опиоидной зависимостью // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Тезисы докладов научно-практической конференции «Психическое здоровье населения Сибири и Дальнего Востока», посвященной 25-летию ГУНИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. — 2006. — Приложение (41). — С. 170—171.
160. Молчанов С.Н. Особенности формирования ремиссии у лиц, зависимых от опиоидов: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Алматы, 2006. — 23 с.
161. Молчанов С.Н. Особенности формирования ремиссий у лиц, зависимых от опиоидов // Сб. статей и тезисов международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции — новые стратегии» (27—28 сентября 2007 г.). — Павлодар, 2007. — С. 285—297.
162. Молчанов С.Н., Нургазина А.З., Дробитько О.Ю., Кокпенов С.Ж., Готина И.К., Ахметжанова С.К. Терапевтическое содействие как метод реабилитации наркологических больных // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2008. — Т. VIII, №1. — С. 31—34.
163. Музыра А.Ю., Аболонин А.Ф. Структуры отношения в семьях больных, страдающих наркотической зависимостью // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — С. 179—180.
164. Мусабекова Ж.К. Клинико-психологические особенности состояния отмены при опийной зависимости и персонология больного наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Томск, 2006. — 24 с.
165. Мягкова М.А., Киселева Р.Ю., Гордошенко В.В., Брюн Е.А. Диагностика заболеваний зависимости на основе иммуноанализа // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 36—37.
166. Назыров Р.К., Холявко В.В. О клинической психотерапии // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». — СПб., 2006. — С. 41—42.
167. Неверова Г.Ю., Рыбалко М.И. Применение семейной психотерапии в реабилитационном процессе больных опийной наркоманией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — С. 184—186.
168. Неидов А.А. Интеграция субъективного и объективного подходов в оценке эффективности психотерапии // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». — СПб., 2006. — С. 44—45.
169. Ненастьева А.Ю. качество жизни у больных с зависимостью от опиатов // Актуальные проблемы биологической, клинической и профилактической наркологии. — М., 2007. — С. 74—75.
170. Никишина В.Б., Василенко Т.Д., Запесоцкая И.В. Смыслообразование как системообразующий фактор психологической модели психотерапии // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». — СПб., 2006. — С. 46.
171. Носачев Г.Н., Баранов В.С. К созданию интегративной психотерапии в медицине // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». — СПб., 2006. — С. 48—49.
172. Нургазина А.З., Молчанов С.Н. Особенности семейной терапии у подростков с зависимостью от психоактивных веществ // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2007. — Т. VII, №1. — С. 34—39.
173. Нургазина А.З. особенности групповой психотерапии подростков с повышенным риском вовлечения в зависимость от ПАВ: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Алматы, 2006. — 27 с.
174. Об утверждении Положения о наркологических организациях (больницах, диспансерах, центрах, отделениях, кабинетах): Проект Приказа МЗ РК.

175. Об утверждении Правил учета, наблюдения и лечения лиц, признанных больными алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией // Приказ МЗ РК от 2 декабря 2009 г. №814.
176. Овчинникова И.В., Приленский Б.Ю. психологические особенности созависимости // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — С. 197—198.
177. Олейник С.В. Наркологическая служба глазами потребителей наркотиков // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). — М., 2008. — С. 154—163.
178. Оруджев Н.Я. Прогноз социальной адаптации лиц, употребляющих наркотики // Вопросы наркологии. — 2001. — №5. — С. 60—65.
179. Пак Т.В. Комплексная психотерапия лиц с героиновой зависимостью // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. — М., 2007. — С. 83—84.
180. Пак Т.В. Организация социальной реабилитации больных наркоманией // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2008. — Т. VIII, №4. — С. 75—76.
181. Пак Т.В. Основные подходы к реабилитации зависимых от психоактивных веществ // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2005. — Т. V, №2. — С. 52—58.
182. Пак Т.В. Особенности групповой психотерапии больных наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Алматы, 2004. — 37 с.
183. Пак Т.В. Противорецидивная и поддерживающая психотерапия лиц, зависимых от психоактивных веществ // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2006. — Т. VI, №2. — С. 39—42.
184. Пак Т.В., Бейсембаева С.К. Технологии терапевтического сообщества в реабилитационных программах наркозависимых // Вопросы ментальной медицины и экологии. — Москва — Павлодар, 2008. — Т. XIV, №3. — С. 47—49.
185. Пак Т.В., Молчанов С.Н., Асланбекова Н.В., Ермолаев О.В. Основные подходы и принципы социальной реабилитации лиц с наркотической зависимостью // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2008. — Т. VIII, №1. — С. 38—41.
186. Пакеев С.О. особенности формирования зависимости от опиоидов, сочетающейся с некоторыми видами коморбидной патологии: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Алматы, 2008. — 24 с.
187. Папырин В.Д., Вторушин К.С., Овдиенко В.Б. Лечебно-реабилитационная программа при аддитивных расстройствах с использованием антаксона // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 171—172.
188. Пермина С.В., Кривулин Е.Н. Факторы, влияющие на устойчивость ремиссий и дальнейшую социализацию наркозависимых // Актуальные проблемы возрастной наркологии. — Челябинск, 2009. — С. 50—52.
189. Погосов А.В., Евдокимова Е.М., Дядичко А.Н. Взаимосвязь темпераментальной составляющей личности и осознания болезни при наркологической патологии // Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии. — Томск, 2008. — С. 185—186.
190. Правдивая О.А. Отказ от приема АРТ: причина, профилактика, результаты // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28—30 октября 2009 г. — М., 2009. — С. 210.
191. Прилуцкая М.В. Основные аспекты противорецидивной терапии зависимых от психоактивных веществ на этапе амбулаторной реабилитации // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2008. — Т. VIII, №4. — С. 55—59.
192. Прокудина О.В., Колесникова О.А., Мухтарова Ф.Г., Шмакова Т.И., Жукова И.В. Применение препарата ревиа в наркологической практике // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар. — 2005. — Т. V, №1. — С. 76—77.
193. Пронин С.В., Пронина Н.А. О континуальности реабилитации наркологических аддиктов как системе поиска новых модальностей // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — С. 233—235.
194. Пятницкая И.Н., Яковлев А.Н. Соотношение экзистенциальной позиции личности с терапевтическими ремиссиями при амбулаторной реабилитации наркотизирующихся подростков // Наркология. — 2004. — №2. — С. 56—58.
195. Райзман Е.М. Мотивация и проблема интегрированности в психотерапии наркологических больных // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 147—148.
196. Рамм А.Н. Динамика клинико-психопатологических синдромов и социальных характеристик ремиссий у пациентов зависимых от фенилпропаноламина: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Алматы, 2008. — 20 с.
197. Рамм А.Н., Кусанов А.А., Башилов В.В. Влияние профилактики интрагоспитальной наркотизации на показатели ремиссии (опыт применения препарата «Антаксон» на базе РНПЦ МСПН) // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар. — 2008. — Т. VIII, №2. — С. 63—67.
198. Ровенских И.Н. Психотерапия больных алкоголизмом: системно-семейный подход // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. — М., 2007. — С. 97—98.
199. Рожнова Т.М., Асанов А.Ю. Результаты психогенетического анализа в рамках дифференцированной лечебно-диагностической программы аддитивных расстройств // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 112—113.
200. Россинский Ю.А. Психический и духовный статусы как самостоятельные клинико-психологические мишени в наркологии // Вопросы ментальной медицины и экологии. — Москва — Павлодар, 2006. — Т. XII, №4. — С. 65—68.
201. Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — Томск, 2005. — 50 с.
202. Россинский Ю.А., Алтынбекова Г.И. Анализ длительности ремиссии и некоторых психосоциальных характеристик у больных опийной наркоманией — участников неоабилитационной программы // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2004. — Т. IV, Специальный выпуск, посвященный II Съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан. — С. 115—119.
203. Россинский Ю.А., Гафарова Н.В. Правовые и институциональные документы в сфере профилактики, лечения наркомании и ВИЧ/СПИД в Республики Казахстан // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2005. — Т. V, №3. — С. 13—25.
204. Россинский Ю.А., Мусабекова Ж.К., Пак Т.В. Клинико-персоналогическая структура — типология личностных состояний больного наркоманией // Вопросы ментальной медицины и экологии. — Москва — Павлодар, 2006. — Т. XII, №4. — С. 78—82.
205. Россинский Ю.А., Нуралиев Б.Ж., Алтынбекова Г.И. Мотивации аддитивного поведения у больных опийной наркоманией (сравнительный анализ субъективной оценки) // Вопросы ментальной медицины и экологии. — Москва — Павлодар, 2005. — Т. XI, №3. — С. 42—45.
206. Россинский Ю.А., Пак Т.В., Мусабекова Ж.К. Клинико-психологическая идентификация персоналогических состояний личности больного наркоманией: эмоционально-волевая сфера // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2006. — Т. VI, №4. — С. 33—40.
207. Рохлина М.Л., Козлов А.А., Каплан И.Я. Клинико-социальные последствия наркоманий // Вопросы наркологии. — 1998. — №1. — С. 11—20.

208. Рудяков С.В., Брыжахин П.Г., Хасс С.Х., Филиппов А.И. Опыт применения ноофена в лечении наркозависимых лиц // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2006. — Т. VI, №4. — С. 93.
209. Русаков В.В. Применение генетического анализа в рамках дифференцированной лечебно-реабилитационной программы // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 174—175.
210. Русанова О.В. Содержательные аспекты психотерапевтического воздействия // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». — СПб., 2006. — С. 56—57.
211. Русинов А.В. Соотношение качества терапевтических ремиссий и факторов рецидивов алкоголизма у женщин и мужчин // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 114—115.
212. Сарсенова А.Д., Миронова Е.Н., Бактыбаева Л.Б., Лаврентьев О.В. Особенности терапии психических нарушений при наркотической зависимости // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2008. — Т. VIII, №2. — С. 68—69.
213. Сафонов А.Г. Актуальные проблемы развития отечественной наркологии // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). — М., 2008. — С. 11—20.
214. Семке В.Я., Рахмазова Л.Д. Транскультуральная психотерапия: пути сближения // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». — СПб., 2006. — С. 59—61.
215. Сиволап Ю.П. Алкогольная болезнь мозга: патогенез, клинические формы, современные подходы к лечению // Актуальные проблемы возрастной наркологии. — Челябинск, 2009. — С. 62—71.
216. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. О принципиальных возможностях нейролептической терапии в наркологии // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). — М., 2008. — С. 338—348.
217. Сиволап Ю.П., Савченков В.А., Янушкевич М.В., Смирнова В.Н. Налтрексон-дело (вивитрол) в лечении алкоголизма: первый опыт применения в России // Наркология. — 2009. — №9 (93). — С. 48—52.
218. Сизоненко Е.В., Агибалова Т.В., Эм Т.В. Психопатологические расстройства у жен, мужья которых страдают алкогольной зависимостью // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 117—118.
219. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика рецидивов // Наркология. — 2003. — №2. — С. 43—47.
220. Сквиря И.М. Терапевтическое значение ранней диагностики рецидивоопасных психосоциальных особенностей у пациентов с алкоголизмом на этапе ремиссии // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 116—117.
221. Собетов Б.Г., Шияненко Е.В., Заярнок Н.Л., Кричковская А.М., Новиков В.П. Naltetlong — инъекционная пролонгированная форма «2 в 1» дисульфирама и налтрексона для лечения алкогольной и наркотической зависимости. Результаты доклинических исследований // Наркология. — 2009. — №7. — С. 20—26.
222. Софронов А.Г. Понятие «здоровье» и «болезнь» в клинике наркоманий. — 2003. — [http:// www.culinfo.ru/fulltext/sofropov\\_a\\_g/health\\_ill\\_narcomania.htm](http://www.culinfo.ru/fulltext/sofropov_a_g/health_ill_narcomania.htm).
223. Станишевская А.В., Векшина Н.Л., Камерницкий А.В., Весела И.В., Львова О.Я., Анохина И.П. Механизм влияния нового кортикостероидного соединения на влечение к наркотикам // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 19—20.
224. Судаков С.К. Периферические опиоидные рецепторы как мишень для новых препаратов в наркологии // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 21.
225. Сысоева И.Е. Практический опыт психотерапии созависимых родственников больных химической зависимостью // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». — СПб., 2006. — С. 182.
226. Тепляков Б.М. Влияние анальгетика агониста-антагониста опиоидных рецепторов нолбутика на динамику патологического влечения к ПАВ в структуре опиоидного абстинентного синдрома // Актуальные проблемы возрастной наркологии. — Челябинск, 2009. — С. 172—173.
227. Тепляков Б.М., Теплякова Н.В., Матосович В.В., Бабушкина Е.И. Медико-социальная реабилитация наркологических больных в Свердловской области // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 176—178.
228. Титова В.В. Исследование эффективности групповой психотерапии больных героиновой наркоманией // Вопросы ментальной медицины и экологии. — Москва — Павлодар, 2006. — Т. XII, №1. — С. 49—58.
229. Управление по наркотикам и преступности ООН. Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных. — Нью-Йорк, 2003. — 23 с.
230. Утяшева Л., Керими Н., Султанов М., Эллиотт Р., Пирсхауз Р., Чете Д. Анализ законодательства и нормативных актов об обеспечении доступности профилактики и лечения ВИЧ для потребителей инъекционных наркотиков и заключенных в странах Центральной Азии и Азербайджане // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. — М., 2008. — С. 194.
231. Утяшева Л., Пирсхауз Р., Чете Д., Эллиотт Р. Зависимость от... права? Оценивая лечение наркотической зависимости с позиций международных стандартов прав человека // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. — М., 2008. — С. 267.
232. Холмогорова А.Б. Проблема эффективности в современной психотерапии // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». — СПб., 2006. — С. 65—66.
233. Хохлова К.А. Психологическая адаптация личности наркозависимых: уровневые и структурные характеристики // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2006. — Т. VI, №4. — С. 60—63.
234. Хохлова К.А. Теоретическое прогнозирование процесса реабилитации личности наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2006. — Т. VI, №4. — С. 64—66.
235. Хохлова К.А. Характеристика саногенного потенциала личности наркозависимых: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — СПб., 2007. — 24 с.
236. Хохлова К.А., Онгербаева Б.К., Сабир Ж.Г. Особенности психологической адаптации наркозависимых, обратившихся за медико-социальной помощью // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2005. — Т. V, №1. — С. 82—88.
237. Чертов В.В. Длительность употребления наркотиков и исходы наркотической зависимости // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2006. — Приложение (41). — С. 306—307.
238. Чирко В.В. Об основных закономерностях эволюции наркоманий в свете многолетнего катамнеза // Вопросы наркологии. — 2001. — №2. — С. 17—33.
239. Чирко В.В. Течение и исходы наркомании по данным отдаленного катамнеза // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1998. — №6. — С. 19—22.



240. Чирко В.В., Демина М.В. Очерки клинической наркологии (наркомании и токсикомании: клиника, течение, терапия). — М.: Медпрактика-М, 2002. — 240 с.
241. Шадрин И.В. Астенические состояния и их коррекция в наркологической клинике // Актуальные проблемы возрастной наркологии. — Челябинск, 2009. — С. 174—177.
242. Шайдукова Л.К. Особенности «ремиссионных» психических расстройств у больных наркоманиями // Наркология. — 2006. — №11. — С. 53—58.
243. Шамота А.Э., Валькова У.В. Организация наркологической помощи на современном этапе // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. — М., 2007. — С. 119—120.
244. Шахметов Б.А. Модель изменения при использовании нейронингвистического программирования (НЛП) в терапии наркозависимости // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2005. — Т. V, №4. — С. 55—57.
245. Шахметов Б.А. Оптимальное комфортное состояние — главная стратегия профилактики зависимостей от психоактивных веществ // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2005. — Т. V, №2. — С. 66—67.
246. Энциклопедический словарь медицинских терминов: В 3-х томах / Гл. ред. Б.В. Петровский. — М.: Советская энциклопедия, 1984.
247. Юсупов О. Современная наркологическая помощь в профилактическом контексте // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. — М., 2008. — С. 122.
248. Юсупов О.Г. О стандартах последиplomной подготовки по профилю психологического консультирования в наркологической практике // Сб. статей и тезисов международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции — новые стратегии» (27—28 сентября 2007 г.). — Павлодар, 2007. — С. 87—90.
249. Юсупов О.Г. Планирование лечения, работа с индексом тяжести аддикции и мотивационное интервьюирование зависимых от ПАВ на этапах МСР // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2008. — Т. VIII, №3. — С. 44—53.
250. Юсупов О.Г., Онгербаева Б.К., Дик Е.Г. Мотивация на лечение в наркологической практике // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2005. — Т. V, №1. — С. 88—93.
251. Юсупов О.Г., Тампишева Д.Р., Абзуллин А.Т. Применение терапии изобразительным искусством в программах медико-социальной реабилитации // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2005. — Т. V, №4. — С. 57—62.
252. Яковлев А.А., Мусатов В.Б., Жукова С.В. Анализ причин прекращения антиретровирусной терапии // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. — М., 2008. — С. 74.
253. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации на лечение и профилактика зависимости от ПАВ // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. — С. 225—226.
254. Ялтонский В.М., Колпаков Я.В. Мотивационная сфера личности как объект профилактики зависимости от алкоголя // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. — М., 2007. — С. 120—121.
255. Ahmadi J. Buprenorphine Maintenance Treatment for Iranian Patients With Opioid Dependency // *Addict. Disord. Their Treatment*. — 2002. — Vol. 1. — P. 25—27. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. 2002. /www.annualreport.emcdda.eu.int.
256. Alterman A.I. and others. Effectiveness and costs of inpatient versus day hospital cocaine rehabilitation // *Journal of Nervous and Mental Disease*. — 1994. — №182. — P. 157—163.
257. Amato L., Minozzi S., Davoli M., Vocci S., Ferri M., Mayet S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2004. — №4. — CD005031.
258. Andersson B., Nilsson K., Tunving K. Drug careers in perspective // *Acta Psychiatr. Scand.* — 1983. — Vol. 67, №4. — P. 249—257.
259. Anglin M.D., McGlothlin W.H. Outcome of narcotic addict treatment in California / F.M. Tims, J.P. Ludford (Eds.) // *Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress, and Prospects*. — NIDA Research Monograph. — Vol. 51. — Rockville, Maryland, 1988. — P. 106—128.
260. Annis H., Davis C. Relaps Prevention Training: A Cognitive-Behavioral Approach Based on Self-Efficacy Theory // *J. of Chemical Dependency Treatment*. — 1989. — №2 (2). — P. 82—103.
261. Auriacombe M. Buprenorphine and methadone treatments in France / In Abstracts International Workshop «Pharmacotherapies for addiction: basic and clinical science». — St.-Petersburg, 2003. — P. 4.
262. Azrin N.H. and others. Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy // *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*. — 1982. — №13. — P. 105—112.
263. Bale R.N., Arnoldussen B.H., Quittner A.M. Follow-up difficulty with substance abusers: predictors of time to locate and relationship to outcome // *Int. J. Addict.* — 1984. — Vol. 19, №8. — P. 885—902.
264. Bale R.N., Cabrera S., Brown J. Follow-up evaluation of drug abuse treatment // *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. — 1977. — Vol. 4, №2. — P. 233—249.
265. Ball J.A., Ross A. The effectiveness of methadone maintenance treatment. — N.Y.: Springer-Verlag, 1991.
266. Bandura A. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs. — NJ: Prentice Hall, 1977. — 385 p.
267. Barnett P.G. The cost-effectiveness of methadone maintenance at a health care intervention // *Addiction*. — 1999. — Vol. 94. — P. 479—488.
268. Barnett P.G., Hui S.S. The Cost-Effectiveness of Methadone Maintenance // *The Mount Sinai Journal of Medicine*. — 2000. — Vol. 67. — №5—6.
269. Becker M.H. The health belief model and personal health behavior. — Theofare, NJ: Charles B. Slack, 1974. — 362 p.
270. Bickel W.K., Amass L. Buprenorphine treatment of opioid dependence: a review // *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. — №3. — P. 477—489.
271. Bradley B.P., Gossop M., Brewin C.R., Phillips G., Green L. Attribution and relapse in opiate addicts // *J. Consult. Clin. Psychol.* — 1992. — Vol. 60, №3. — P. 470—472.
272. Bradley B.P., Phillips G., Green L., Gossop M. Circumstances surrounding the initial lapse to opiate use following detoxification // *Br. J. Psychiatry*. — 1989. — Vol. 154. — P. 354—359.
273. Brahen L.S. and others. Naltrexone treatment in a jail work-release program // *Journal of Clinical Psychiatry*. — 1984. — Vol. 45, №9. — P. 49—52.
274. Brewer D.D., Catalano R.F., Haggerty K., Gainey R.R., Fleming C.B. A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction // *Addiction*. — 1998. — Vol. 93, №1. — P. 73—92.
275. Broome K.M., Simpson D.D., Joe G.W. The role of social support following short-term inpatient treatment // *Am. J. Addict.* — 2002. — Vol. 11. — P. 57—65.
276. Brunswick A.F., Messeri P.A. Pathways to heroin abstinence: a longitudinal study of urban black youth // *Adv. Alcohol Subst. Abuse*. — 1986. — Vol. 5, №3. — P. 111—135.
277. Burman S. The challenge of sobriety: natural recovery without treatment and self-help groups // *J. Subst. Abuse*. — 1997. — Vol. 9. — P. 41—61.

278. Byrne A., Newman R. Methadone — myths and mystery // *Heroin Crisis*. Bookman Press. Melbourne. — 1999. — P. 141—150.
279. Carroll K.M. and others. One-year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers: psychopathology and dependence severity as predictors of outcome // *Journal of Nervous and Mental Disease*. — 1993. — №181. — P. 71—79.
280. Carroll K.M. Relapse prevention as a psychosocial treatment approach: a review of controlled clinical trials // *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. — 1996. — №4. — P. 46—54.
281. Carroll K.M., Nich C. and Rounsaville B.J. Differential symptom reduction in depressed cocaine abusers treated with psychotherapy and pharmacotherapy // *Journal of Nervous and Mental Disease*. — 1995. — №183. — P. 251—259.
282. Cloud W., Granfield R. Natural recovery from substance dependency: Lessons for treatment providers // *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. — 2001. — Vol. 1, №1. — P. 83—104.
283. Cook C.H. The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependency: miracle, method or myth? Part 1. The philosophy and the programme // *British journal of addiction*. — 1988. — Vol. 83. — P. 625—634.
284. Copeland J. and others. A randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions for cannabis use disorder // *Journal of Substance Abuse Treatment*. — 2001. — №21. — P. 55—64.
285. Copeland J. and others. A randomised controlled trial of brief interventions for cannabis problems among young offenders // *Drug and Alcohol Dependence*. — Vol. 63, supplement 1, 2001, p. 32.
286. Cornish J.W., Metzger D., Woody G.E., Wilson D., McLellan A.T., Vandergrift B., O'Brien C.P. Naltrexone pharmacotherapy for opioid dependent federal probationers // *J. Subst. Abuse Treat.* — 1997. — Vol. 14. — P. 529—534.
287. Cottler L.B., Compton W.M., Ben-Abdallah A., Home M., Claverie D.J. Achieving a 96.6 percent follow-up in a longitudinal study of drug abusers // *Drug Alcohol Depend.* — 1996. — Vol. 41. — P. 209—217.
288. Crits-Christoph P. and others. Psychosocial treatments for cocaine dependence: results from the NIDA collaborative cocaine treatment study // *Archives of General Psychiatry*. — 1999. — №56. — P. 493—502.
289. Crowley P. Family therapy to addiction // *Bull. on narcotics*. — N.Y., 1988. — Vol. 40, №1. — P. 57—62.
290. Cunningham J.A. Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite? // *Drug Alcohol Depend.* — 2000. — Vol. 59, №3. — P. 211—213.
291. Darke S., Hall W., Wodak A., Heather K., Ward J. Development and validation of a multi-dimensional instrument for assessing outcome of treatment among opiate users: the Opiate Treatment Index // *Br. Addict.* — 1992. — Vol. 87, №5. — P. 733—742.
292. Darke S., Ross J., Teesson M., Ali R., Cooke R., Ritter A., Lynskey M. Factors associated with 12 month continuous heroin abstinence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS) // *J. Subst. Abuse Treat.* — 2005. — Vol. 28, №3. — P. 255—263.
293. De Leon G., Schwartz S. Therapeutic communities: what are the retention rates? // *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. — 1984. — Vol. 10, №2. — P. 267—284.
294. Dekel R., Benbenishty R., Amram Y. Therapeutic communities for drug addicts: prediction of high-term outcome // *Addict. Behav.* — 2004. — Vol. 29, №9. — P. 1883—1837.
295. DeLeon G. *The Therapeutic Community: Study of Effectiveness Treatment*, Research Monograph 84-1286. — Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1984.
296. Desmond D.P., Maddux J.F., Johnson T.H., Confer B.A. Obtaining follow-up interviews for treatment evaluation // *J. Subst. Abuse Treat.* — 1995. — Vol. 12, №2. — P. 95—102.
297. D'Ippoliti D. and others. Retention in treatment of heroin users in Italy: the role of treatment type and of methadone maintenance dosage // *Drug and Alcohol Dependence*. — 1998. — №52. — P. 167—171.
298. Dole V.P., Nyswander M.A. Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction // *JAMA*. — 1965. — Vol. 193, №8. — P. 646—650.
299. Drug addiction, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance and outcomes evaluation / By A.T. McLellan and others // *Journal of the American medical association*. — 2000. — Vol. 284. — P. 13.
300. Drummond D.C. Theories of drug craving, ancient and modern // *Addiction*. — 2001. — Jan. — Vol. 96, №1. — P. 33—46.
301. DuPont R.L. Addiction: a new paradigm // *Bull. Menninger Clin.* — 1998. — Vol. 62, №2. — P. 231—242.
302. Edwards J.G., Goldie A. A ten-year follow-up study of Southampton opiate addicts // *Br. J. Psychiatry*. — 1987. — Vol. 151. — P. 679—683.
303. Effectiveness and costs of inpatient versus day hospital cocaine rehabilitation / By A.I. Alterman and Others // *Journal of nervous and mental disease*. — 1994. — Vol. 182. — P. 157—163.
304. Erickson P.J. Drugs, violence and public health: What does the harm reduction approach have to offer. — Vancouver: Fraser Institute, 2001.
305. Farren C., O'Malley S., Rounsaville B. Naltrexone and opiate abuse / Stine S., Kosten T. (Eds.) // *New treatment for opiate dependence*. — N.Y.: The Guilford Press, 1997. — P. 104—123.
306. Finney J.W., Moos R.H. Environmental assessment and evaluation research: examples from mental health and substance abuse programs // *Evaluation and Program Planning*. — 1984. — №7. — P. 151—167.
307. Fiorentine R., Anglin D. More is better: counselling participation and the effectiveness of outpatient drug treatment // *Journal of Substance Abuse Treatment*. — 1996. — №13. — P. 241—248.
308. Fischer G., Gombas W., Eder H. Buprenorphine versus methadone maintenance for the treatment of opioid dependence // *Addiction*. — 1999. — №94. — P. 1337—1347.
309. Fishbein M., Middlestadt S.E., Hitchcock P.J. Using information to change sexually transmitted disease-related behaviors: an analysis based on the theory of reasoned action / R.J. Diclemente, J.L. Peterson // *AIDS: theories and methods of behaviour interventions*. — New York: Plenum Press, 1994. — P. 231—298.
310. Flynn P.M., Joe G.W., Broome K.M., Simpson D.D., Brown B.S. Recovery from opioid addiction in DATOS // *J. Subst. Abuse Treat.* — 2003. — Vol. 25, №3. — P. 177—186.
311. Fox B.S. Development of a therapeutic vaccine for the treatment of cocaine addiction // *Drug and Alcohol Dependence*. — 1997. — №48. — P. 153—158.
312. Fudala P.J., Jaffe J.H., Dax E.M. Use of buprenorphine in the treatment of opioid addiction II: physiologic and behavioral effects of daily and alternate-day administration and abrupt withdrawal // *Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*. — 1990. — №47. — P. 525—534.
313. Giannini J.A., Baumgartel P., DiMarzio L.R. Bromocriptine therapy in cocaine withdrawal // *Journal of Clinical Pharmacology*. — 1987. — №27. — P. 267—270.
314. Gibson D.R., Flynn N.M., McCarthy J.J. Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users // *AIDS*. — 1999. — Vol. 13. — P. 1807—1818.
315. Ginzburg H.M. Naltrexone: its clinical utility // *Advances in Alcohol and Substance Abuse*. — 1986. — Vol. 5, №1—2. — P. 83—101.
316. Goelb J.L., Coste J., Bigot T., Ferrand I. Prospective study of favorable factors in follow-up of drug addicted patients apropos of 257 pa-

- tients of the Cassini Center in Paris // *Encephale*. — 2000. — Vol. 26, №6. — P. 11—20 [Article in French].
317. Goldstein P.J., Abbott W., Paige W., Sobel I., Soto F. Tracking procedures in follow-up studies of drug abusers // *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. — 1977. — Vol. 4. — P. 21—30.
318. Goldstein A., Hems J. Heroin addicts and methadone treatment in Albuquerque: a 22-year follow-up // *Drug Alcohol Depend.* — 1995. — Vol. 40, №2. — P. 139—150.
319. Gorski T. The CENAPS Model of Relapse Prevention Therapy (CMPT). Approaches to Drug Abuse Counseling. — NIDA: Printed July 2000. — P. 23—38.
320. Gossop M. and others. Outcomes after methadone maintenance reduction treatments: two year follow-up results from National Treatment Outcome Research Study // *Drug and Alcohol Dependence*. — 2001. — №62. — P. 255—264.
321. Gossop M., Green L., Phillips G., Bradley B. Factors predicting outcome among opiate addicts after treatment // *Br. J. Clin. Psychol.* — 1990. — Vol. 29. — Pt.2. — P. 209—216.
322. Gossop M., Green L., Phillips G., Bradley B. Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment. A prospective study // *Br. J. Psychiatry*. — 1989. — Vol. 154. — P. 348—353.
323. Gossop M., Stewart D., Browne N., Marsden J. Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses // *Addiction*. — 2002. — Vol. 97, №10. — P. 1259—1267.
324. Gossop M., Stewart D., Marsden J., Kidd T., Strang J. Changes in route of drug administration among continuing heroin users: outcomes 1 year after intake to treatment // *Addict. Behav.* — 2004. — Vol. 29, №6. — P. 1085—1094.
325. Gruber K., Chutuape M.A., Stitzer M.L. Reinforcement-based intensive outpatient treatment for inner city opiate abusers: a short-term evaluation // *Drug. Alcohol Depend.* — 2000. — Vol. 57, №3. — P. 211—223.
326. Grusser S.M., Partecke L. Naltrexone as antigating treatment: a psychophysiological evaluation // *Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии*. — М., 2007. — С. 123—124.
327. Guardo Serecigni J., Masip Vidal J., Viladrich Segues M.C. Follow up study of heroin-addicted persons admitted for treatment in Barcelona // *Bull. Narc.* — 1988. — Vol. 40, №1. — P. 71—74.
328. Gunne L.-M., Gronblad L. The Swedish methadone maintenance program: a controlled study // *Drug Alcohol Depend.* — 1981. — Vol. 7. — P. 249—256.
329. Haastrup S., Jepsen P.W. Eleven year follow-up of 300 young opioid addicts // *Acta Psychiatr. Scand.* — 1988. — Vol. 77, №1. — P. 22—26.
330. Habrat B. Difficulties encountered in Central and Eastern European countries in accepting methadone substitution // *Development and improvement of substitution programmes: Seminar*. — Strasbourg, October 2001. — P. 107—119.
331. Haro G., Mateu C., Martinez-Raga J., Valderrama J.C., Castellano M., Cervera G. The role of personality disorder on drug dependence treatment outcomes following inpatient detoxification // *Eur. Psychiatry*. — 2004. — Vol. 19, №4. — P. 187—192.
332. Harrington P., Cox T.J. A twenty-year follow-up of narcotic addicts in Tucson, Arizona // *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. — 1979. — Vol. 6, №1. — P. 25—37.
333. Hawkins J.D., Catalano R.F., Wells E.A. Measuring effects of skills training intervention for drug abusers // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 1986. — Vol. 54, №4. — P. 661—664.
334. Heather Nick. *Терапевтические подходы к алкогольным проблемам: Региональные публикации ВОЗ. — Европейская серия*. — 1999. — №65. — С. 5, 154.
335. Higgins S.T. and others A behavioural approach to achieving initial cocaine abstinence // *American Journal of Psychiatry*. — 1991. — №148. — P. 1218—1224.
336. Higgins S.T. and others. Achieving cocaine abstinence with a behavioural approach // *American Journal of Psychiatry*. — 1993. — №150. — P. 763—769.
337. Higgins S.T. and others. Incentives improve outcome in outpatient behavioural treatment of cocaine dependence // *Archives of General Psychiatry*. — 1994. — №51. — P. 568—576.
338. Higgins S.T. and others. Outpatient behavioural treatment for cocaine dependence // *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. — 1995. — №3. — P. 205—212.
339. Hinshelwood R.D. The community as analyst // *Therapeutic communities*. — L., 1979. — P. 103—112.
340. Holopainen A. Buprenorphine treatment in Finland // *Abstracts International Workshop «Pharmacotherapies for addiction: basic and clinical science»*. — St.-Petersburg, 2003. — P. 9—10.
341. Horvath A.O., Symonds B.D. Relation between alliance outcome in psychotherapy: a meta-analysis // *Journal of Counselling Psychology*, №38, 1991. — P. 139—149.
342. Hser Y.I., Anglin M.D., Fletcher B. Comparative treatment effectiveness. Effects of program modality and client drug dependence history on drug use reduction // *J. Subst. Abuse Treat.* — 1998. — Vol. 15, №6. — P. 513—523.
343. Hser Y.I. Drug treatment counselor practices and effectiveness: an examination of the literature and relevant issues in a multilevel framework // *Evaluation Review*. — 1995. — №19. — P. 389—408.
344. Hubbard R.L., Craddock S.G., Anderson J. Overview of 5-year follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS) // *J. Subst. Abuse Treat.* — 2003. — Vol. 25, №3. — P. 125—134.
345. Hubbard R.L., Marsden M.E., Rachal J.V., Harwood H., Cavanaugh E.R., Ginzburg H.M. Drug abuse treatment: A national study of effectiveness. — Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1989. — P. 13—42.
346. Jasinski D.R., Pevnick J.S., Griffith J.D. Human pharmacology and abuse potential of the analgesic buprenorphine // *Archives of General Psychiatry*. — 1978. — №35. — P. 501—516.
347. Johnson R.E. and others. A placebo controlled clinical trial of buprenorphine as a treatment for opioid dependence // *Drug and Alcohol Dependence*. — 1995. — №40. — P. 17—25.
348. Johnson R.E. and others. Use of buprenorphine in the treatment of opiate addiction // *Clinical Pharmacology and Therapeutics*. — 1989. — №46. — P. 335—343.
349. Kennard D. Limiting factors: The setting, the staff, the patients // *Therapeutic communities*. — L., 1979. — P. 181—194.
350. Kirby K.C. and others. Schedule of voucher delivery influence initiation of cocaine abstinence // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 1998. — Vol. 66, №5. — P. 761—767.
351. Kirchmayer U., Davoli M., Verster A. Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence // *The Cochrane Library*. — 2002. — Issue 3 (Oxford, Update Software).
352. Kirshmayer U., Davoli M., Verster A. et al. A systematic review of the efficacy of naltrexone maintenance treatment in opioid dependence // *Addiction*. — 2002. — Vol. 97. — P. 1241—1249.
353. Kleber H. Addiction pharmacotherapy in the USA: issues in implementing the science // *Abstracts International Workshop «Pharmacotherapies for addiction: basic and clinical science»*. — St.-Petersburg, 2003. — P. 12—13.
354. Klingemann H.K. Coping and maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland // *Int. J. Addict.* — 1992. — Vol. 27, №12. — P. 1359—1388.
355. Koob G.F. Drug addiction: the yin and yang of hedonic homeostasis // *Neuron*. — 1996. — May. — Vol. 16, №5. — P. 893—896.
356. Kornor H., Waal H. From opioid maintenance to abstinence: a literature review // *Drug Alcohol Rev.* — 2005. — Vol. 24, №3. — P. 267—274.

357. Kosten T.R., Kleber H.D. Strategies to improve compliance with narcotic antagonists // *Am. J. of Drug and Alcohol Abuse*. — 1984. — Vol. 10. — P. 249—266.
358. Leshner A.I. Addiction is a brain disease — and it matters // *Science*. — 1997. — Oct. 3. — Vol. 278, №5335. — P. 45—47.
359. Ling W. and others. Buprenorphine maintenance treatment of opiate dependence: a multicenter, randomized clinical trial // *Addiction*. — 1998. — Vol. 93, №4. — P. 475—486.
360. Longabaugh R. and others. Matching treatment focus to patient social investment and support: 18-month follow-up results // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 1995. — №63. — P. 296—307.
361. Lovejoy M. and others. Patients perspectives on the process of change in substance abuse treatment // *Journal Substance Abuse Treatment*. — 1995. — №12. — P. 269—282.
362. Luborsky L. and others. Therapist success and its determinants // *Archives of General Psychiatry*. — 1985. — №42. — P. 602—611.
363. MacPhail W.D. Family therapy in the community. — Oxford: Heinemann, 1988. — VII. — 192 p.
364. Maddux J.F., Desmond D.B. Methadone maintenance and recovery from opioid dependence // *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. — 1992. — Vol. 18, №1. — P. 63—74.
365. Maddux J.F., Desmond D.B. Relapse and Recovery in Substance Abuse Careers // *Relapse and Recovery in Drug Abuse / F.M. Tims, C.G. Leukefeld (Eds.) // NIDA Res. Monogr.* — 1986. — Vol. 72. — P. 49—72.
366. Manning N. Evaluating the therapeutic community // *Therapeutic communities*. — L., 1979. — P. 303—312.
367. Manning N., Blake R. Implementing ideals // *Therapeutic communities*. — L., 1979. — P. 143—157.
368. Marlatt G.A. Matching clients to treatment: treatment models and stages of change // *Assessment of addictive behaviors / Ed. by D.M. Donovan, A. Marlatt.* — New York: Guilford Press, 1988. — P. 474—483.
369. Marsden J., Gossop M., Stewart D., Best D., Farrell M., Lehman P., Edwards C., Strang J. The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome // *Addiction*. — 1998. — Vol. 93, №12. — P. 1857—1867.
370. Mattick R.P., Breen C., Kimber J., Davoli M. Methadon maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2003. — №2. — CD002209.
371. Maude-Griffin E.M. and others. Superior efficacy of cognitive-behavioural therapy for urban crack cocaine abusers: main and matching effects // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 1998. — Vol. 66, №5. — P. 832—837.
372. McCance-Katz E.F., Kosten T.R. Psychopharmacological treatments / Frances R., Miller S. (Eds.) // *Clinical textbook of addictive disorders*. 2<sup>nd</sup> ed. — NY.: The Gilford Press, 1998. — P. 596—625.
373. McKay J.R. and others. Group counseling vs. individualized relapse prevention aftercare following intensive outpatient treatment for cocaine dependence: initial results // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 1997. — №65. — P. 778—788.
374. McKay J.R. and others. Treatment goals, continuity of care, and outcome in a day hospital substance abuse rehabilitation program // *American Journal of Psychiatry*. — 1994. — №151. — P. 254—259.
375. McKenzie M., Tulsy J.P., Long H.L., Chesney M., Moss A. Tracking and follow-up of marginalized populations: a review // *J. Health Care Poor Underserved*. — 1999. — Vol. 10, №4. — P. 409—429.
376. McLellan A.T. and others. An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: the addiction severity index // *Journal of Nervous and Mental Disease*. — 1980. — №168. — P. 26—33.
377. McLellan A.T. and others. Is the counselor an 'active ingredient' in substance abuse rehabilitation? // *Journal of Nervous and Mental Disease*. — 1988. — №176. — P. 423—430.
378. McLellan A.T. and others. Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: role of psychiatric severity // *Archives of General Psychiatry*. — 1983. — №40. — P. 620—625.
379. McLellan A.T. and others. Problem-service «matching» in addiction treatment: a prospective study in four programs // *Archives of General Psychiatry*. — 1997. — №54. — P. 730—735.
380. McLellan A.T. and others. Psychosocial services in substance abuse treatment: a dose-ranging study of psychosocial services // *Journal of the American Medical Association*. — 1993. — Vol. 269, №15. — P. 1953—1959.
381. McLellan A.T. and others. Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine and alcohol treatments: role of treatment services // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 1994. — Vol. 62, №6. — P. 1141—1158.
382. McLellan A.T., Luborsky L., Woody G.E., O'Brien C.P., Kron R. Are the «addiction-related» problems of substance abusers really related? // *J. Nerv. Ment. Dis.* — 1981. — Vol. 169, №4. — P. 232—239.
383. Mezniskis J.P., Honos-Webb L., Kropp F., Somoza E. The measurement of craving // *J. Addict. Dis.* — 2001. — Vol. 20, №3. — P. 67—85.
384. Miller W., Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing to Change Addictive Behaviour*. — New York: Guilford Press, 1991. — 516 p.
385. Miller W.R. *Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach*. Approaches to Drug Abuse Counseling. — NIDA, 2000. — P. 99—106.
386. Miller W.R. What is a relapse? Fifty ways to leave the wagon // *Addiction*. — 1996. — P. 15—25.
387. Miller W.R., Taylor C.A., West J.C. Focused versus broad-spectrum behaviour therapy for problem drinkers // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 1980. — №48. — P. 590—601.
388. Miller W.R., Yahne C.E., Tonigan J.S. Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial // *J. Consult. Clin. Psychol.* — 2003. — Vol. 71. — P. 754—763.
389. Moatti J.P., Souville M., Escaffre N. French general practitioners attitudes toward maintenance drug abuse treatment with buprenorphine // *Addiction*. — 1998. — №93. — P. 1567—1575.
390. Monti P.M. and others. Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at three months // *Addiction*. — 1997. — Vol. 92, №12. — P. 1717—1728.
391. Monti P.M. and others. Communication skills training, communication training with family and cognitive behavioural mood management training for alcoholics // *Journal of Studies on Alcohol*. — 1990. — №51. — P. 263—270.
392. Moser A. & Annis H. The role of coping in relapse crisis outcome: a prospective study of treated alcoholics // *Addiction*. — 1998. — Vol. 91 (8). — P. 1101—1113.
393. Mufti K.A., Said S., Farooq S., Haroon A., Nazeer A., Naeem S., Hussain I. Five year follow up of 100 heroin addicts in Peshawar // *J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad*. — 2004. — Vol. 16, №3. — P. 5—9.
394. Mutasa H.C. Risk Factors associated with noncompliance with methadone substitution therapy (MST) and relapse among chronic opiate users in an Outer London community // *J. Adv. Nurs*. — 2001. — Vol. 35, №1. — P. 97—107.
395. Najavits L.M., Weiss R.D. Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review // *Addiction*. — 1994. — Vol. 89, №6. — P. 679—688.
396. Naltrexone and alcohol dependence: role of subject compliance / By J.R. Volpicelli and others // *Archives of general psychiatry*. — 1997. — Vol. 54. — P. 737—742.
397. National Research Council, Committee on Clinical Evaluation of Narcotic Antagonists. *Clinical evaluation of naltrexone treatment of opiate-dependent individuals* // *Archives of General Psychiatry*. — 1978. — Vol. 35, №3. — P. 335—340.

398. Nestler E.J. Basic neurobiology of opiate addiction / Stine S., Kosten T. (Eds.) // *New treatment for opiate dependence*. — NY.: The Gilford Press, 1997. — P. 34—67.
399. Newman R.G. What's so special about methadone maintenance? // *Drug Alcohol Rev.* — 1994. — Vol. 10. — P. 225—232.
400. Newman R.S., Whitehill W.B. Double-blind comparison of methadone and placebo maintenance treatments of narcotic addicts in Hong Kong // *Lancet*. — 1979. — №8. — P. 485—488.
401. Nurco D.N., Kinlock T.W., Hanlon T.E. The nature and status of drug abuse treatment // *Md. Med. J.* — 1994. — Vol. 43, №1. — P. 51—57.
402. O'Brien C. Overview: the treatment of drug dependence // *Addiction*. — 1994. — Vol. 89, №11. — P. 1565—1569.
403. O'Brien C., McLellan A.T. Myths about the treatment of addiction // *Lancet*. — 1996. — Vol. 347, №8996. — P. 237—240.
404. O'Donnell J.A. *Narcotic Addicts in Kentucky* // Public Health Service Pub. No. 1881. — Washington, D.C.: Supt. of DOCS., U.S. Govt. Print. Off, 1969.
405. O'Brien C.P. Recent developments in the pharmacotherapy of substance abuse // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 1996. — №64. — P. 677—686.
406. O'Brien C.P. Anticraving medications for relapse prevention: a possible new class of psychoactive medications // *Am. J. Psychiatry*. — 2005. — Aug. — Vol. 162, №8. — P. 1423—1431.
407. Oei T.P.S., Jackson P.R. Social skills and cognitive behavioural approaches to the treatment of problem drinking // *Journal of Studies on Alcohol*. — 1982. — №43. — P. 532—547.
408. Okruhlica L., Mihalkova A., Klemova D., Skovayova L. Three-year follow up study of heroin users in Bratislava // *Eur. Addict. Res.* — 2002. — Vol. 8, №2. — P. 103—106.
409. Okruhlica L., Timulakova K., Mihalekova A., Klepova D. Methadone Maintenance Treatment in Slovakia // *Euro-Methwork*. — 2000. — №18. — P. 11—12.
410. Ooteman W., Koeter M.W., Vserheul R., Schippers G.M., van den Brick W. Measuring craving: an attempt to connect subjective craving with cue reactivity // *Alcohol Clin. Exp. Res.* — 2006. — Jan. — Vol. 30, №1. — P. 57—69.
411. Oppenheimer E., Sheehan M., Taylor C. What happens to drug misusers? A medium-term follow-up of subjects new to treatment // *Br. J. Addict.* — 1990. — Vol. 85, №10. — P. 1255—1260.
412. Osborn E., Grey C., Reznikoff M. Psychosocial adjustment, modality choice, and outcome in naltrexone versus methadone treatment // *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. — 1986. — Vol. 12, №4. — P. 383—388.
413. Pani P.P. and others. Buprenorphine: a controlled clinical trial in the treatment of opioid dependence // *Drug and Alcohol Dependence*. — 2000. — №60. — P. 39—50.
414. Parsons J. Opioid dependence. Are pharmacotherapies effective? // *Austral. Family Physician*. — 2002. — Jan. — Vol. 31, №1. — P. 4—5.
415. Pauchard D., Calanca D. Catamnestic study of 76 cases of heroin addiction among young adults // *Schwiz Arch. Neurol. Neurochir. Psychiatr.* — 1983. — Vol. 133, №2. — P. 321—345 [Article in French].
416. Paulus I., Halliday R. Rehabilitation and the Narcotic Addict: Results of a comparative methadone withdrawal program // *Canadian Medical Association Journal*. — 1967. — Vol. 96. — P. 655—659.
417. Petry N.M., Bickel W.K., Badger G.J. A comparison of four buprenorphine dosing regimens in the treatment of opioid dependence // *Clinical and Pharmacological Therapeutics*. — 1999. — №66. — P. 306—314.
418. Platt J.J., Metzger D.S. Cognitive interpersonal problem solving skills and the maintenance of treatment success in heroin addicts // *Psychology of Addictive Behaviors*. — 1987. — №1. — P. 5—13.
419. Powell J., Dawe S., Richards D., Gossop M., Marks I., Strang J., Gray J. Can opiate tell us about their relapse risk? Subjective predictors of clinical prognosis // *Addict. Behav.* — 1993. — Vol. 18, №4. — P. 473—490.
420. Preliminary results from the 1997 national household survey on drug abuse. — Rockville, SAMHSA, 1998. — 130 p.
421. Preston K.L., Silverman K., Umbrecht A., DeJesus A., Montoya I.D., Schuster C.R. Improvement in naltrexone treatment compliance with contingency management // *Drug Alcohol Depend.* — 1999. — Vol. 54. — P. 127—135.
422. Price R.K., Risk N.K., Spritznagel E.L. Remission from drug abuse over a 25-year period: Patterns of remission and treatment use // *American Journal of Public Health*. — 2001. — Vol. 91, №7. — P. 1107—1113.
423. Prochaska J., Diclemente C., Norcross J. In search of how people change: Applications to addictive behaviors // *American psychologist*. — 1992. — Vol. 47. — P. 1102—1114.
424. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes // *Journal of Studies on Alcohol*. — 1997. — №58. — P. 7—29.
425. Rao S.R., Broome K.M., Simpson D.D. Depression and hostility as predictors of long-term outcomes among opiate users // *Addiction*. — 2004. — Vol. 99, №5. — P. 579—589.
426. Rathod N.H., Addenbrooke W.M., Rosenbach A.F. Heroin dependence in an English town: 33-year follow-up // *Br. J. Psychiatry*. — 2005. — Vol. 187. — P. 421—425.
427. Rea F., Bell J.R., Young M.R., Mattick R.P. A randomized, controlled trial of low dose naltrexone for the treatment of opioid dependence // *Drug Alcohol Depend.* — 2004. — Vol. 75, №1. — P. 79—88.
428. Renner J.A.Jr. Methadone maintenance: past, present and future // *Adv. Alcohol Subst. Abuse*. — 1984. — №3. — P. 75—90.
429. Revill Y., Brewer C. A two-year and it of heroin comparison of the O'Neill long-acting naltrexone implant with supervised methadone in a British general practice population // *Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии*. — М., 2007. — С. 122—123.
430. Ritsher J.B., Moos R.H., Finney J.W. Relationship of treatment orientation and continued care to remission among substance abuse patients // *Psychiatr. Service*. — 2002. — Vol. 53, №5. — P. 595—601.
431. Robins L.N., Helzer J.E., Hesselbrock M., Wish E. Vietnam veterans three years after Vietnam: How our study changed our view of heroin // *The Yearbook of Substance Use and Abuse* / L. Brill, C. Winick (Eds). — Vol. 2. — NY: Human Sciences Press, 1980. — P. 213—230.
432. Rollnick S., Mason P., Putler C. *Health Behavior Change. — A Guide for practitioners*. — Churchill Livingstone, 1999. — 225 p.
433. Rosengren D.B., Downey L., Donovan D.M. «I already stopped»: Abstinence prior to treatment // *Addiction*. — 2000. — Vol. 95, №1. — P. 65—76.
434. Rounsaville B.J., Kosten T.R., Kleber H.D. The antecedents and benefits of achieving abstinence in opioid addicts: a 2,5 year follow-up study // *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. — 1987. — Vol. 13, №3. — P. 213—229.
435. Sanchez-Carbonel J., Brigos B., Cami J. Outcome of a sample of heroin addicts 2 year after the beginning of treatment // *Med. Clin.* — 1989. — Vol. 92, №4. — P. 135—139 [Article in Spanish].
436. Saunders B., Wilkinson C., Phillips M. The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme // *Addiction*. — 1995. — №90. — P. 415—424.
437. Schare R. Cessation patterns among neophyte heroin users // *The International Journal of the Addictions*. — 1966. — Vol. 1. — P. 23—32.
438. See R.E. Neural substrates of conditioned-cued relapse to drug-seeking behavior // *Pharmacol. Biochem. Behav.* — 2002. — Mar. — Vol. 71, №3. — P. 517—529.
439. Sees K.L., Delucchi K.L., Masson C., Rosen A., Clark H.W., Robillard H., Banys P., Hall S.M. Methadone maintenance vs 180-day

- psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial // *JAMA*. — 2000. — Vol. 283, №10. — P. 1301—1310.
440. Shaffer H.J. The most important unresolved issue in the addictions: conceptual chaos // *Subst. Use Misuse*. — 1997. — Vol. 32, №11. — P. 1573—1580.
441. Sheehan M., Oppenheimer E., Taylor C. Opiate users and the first years after treatment outcome analysis of the proportion of follow up time spent in abstinence // *Addiction*. — 1993. — Vol. 88, №12. — P. 1679—1689.
442. Sherman S.N. A social work frame for family therapy // *Models of family treatment*. — N.Y., 1981. — P. 8—32.
443. Shewan D., Dalgrano P. Evidence of controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users I Glasgow (Scotland) // *Br. J. Health Psychol.* — 2005. — Vol. 10. — Pt.1. — P. 33—48.
444. Simpson D., Sells S. Effectiveness of treatment for drug abuse: an overview of the DARP research program // *Adv. Alcohol Subst. Abuse*. — 1982. — Vol. 2. — P. 7—29.
445. Simpson D.D. and others. Client engagement and change during drug abuse treatment // *Journal of Substance Abuse*. — 1995. — №7. — P. 117—134.
446. Simpson D.D., Joe G.W., Brown B.S. Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS) // *Psychology of Addictive Behaviors*. — 1997. — Vol. 11, №4. — P. 294—307.
447. Simpson D.D., March K.L. Relapse and recovery among opioid addicts 12 years after treatment // *Relapse and Recovery in Drug Abuse* / F.M. Tims, C.G. Leukefeld (Eds.) // *NIDA Res. Monogr.* — 1986. — Vol. 72. — P. 86—103.
448. Smith B.R., Bany J., Lane A., Cotter M., O'Neill M., Quinn C., Keenan E. In-patient treatment of opiate dependence: Medium-term follow-up outcomes // *Br. J. Psychiatry*. — 2005. — Vol. 187. — P. 360—365.
449. Smith J.W., Frawley P.J. Treatment outcome of 600 chemically dependent treated in a multimodal inpatient program including aversion therapy and pentothal interviews // *J. Subst. Abuse Treat.* — 1993. — Vol. 10, №4. — P. 359—369.
450. Solberg U., Burkhart G., Nilson M. An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway // *International Journal of Drug Policy*. — 2002. — Vol. 13. — P. 477—484.
451. Stephens R.S., Roffman R.A., Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 2000. — №68. — P. 898—908.
452. Stephens R.S., Roffman R.A., Simpson E.E. Treating adult marijuana dependence: a test of the relapse prevention model // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 1994. — №62. — P. 92—99.
453. Stinchfield R., Owen P. Hazelden's model of treatment and its outcome // *Addict. Behav.* — 1998. — Vol. 23, №5. — P. 669—683.
454. Taschner K.L. Are there new methods in therapy of drug dependence? // *Z. Aiztl. Fortbild.* — 1996. — Vol. 90, №4. — P. 315—320.
455. Tomas-Rossello J. Use of pharmacotherapy for opioid dependence: world overview // *Abstracts International Workshop «Pharmacotherapies for addiction basic and clinical science»*. — St.-Petersburg, 2003. — P. 22.
456. Tongue E., Turner D. Treatment options in responding to drug misuse problems // *Bull. on narcotics*. — N.Y., 1988. — Vol. 40, №1. — P. 3—19.
457. Treatment protocol effectiveness study / By Barry R. McCaffry; United States. Office of National Drug Control Policy. Treatment Outcome Working Group. — Washington, D.C.: The Office, 1996.
458. Tucker J. et al. Environmental Influences on Relapse in Substance Use Disorders // *The International Journal of the Addictions*. — 1990—1991. — Vol. 25 (7A & 8A). — P. 1017—1050.
459. Tucker T.K., Ritter A.J. Naltrexone in the treatment of heroin dependence: a literature review // *Drug and Alcohol Review*. — 2000. — Vol. 19, №1. — P. 73—82.
460. Uehlinger C. and others. Comparison of buprenorphine and methadone in treatment of opioid dependence: Swiss multicenter study // *European Addiction Research*. — 1998. — Vol. 4, Suppl. 1. — P. 13—18.
461. Vaillant G.E. A 20-year old follow-up of New York narcotic addicts // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 1973. — Vol. 29. — P. 237—241.
462. Vaillant G.E. Evaluation of treatment through the long-term follow-up // *Drug dependence: Treatment and treatment evaluation* / H. Bostrum, T. Larsson, N. Ljungstedt (Eds.). — Stockholm: Almqvist and Wiksell, 1975. — P. 262—269.
463. Van den Brick W. Neurobiological treatment of addiction: available option and new developments // *Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии*. — М., 2007. — С. 124—125.
464. Waldorf D. Natural recovery from opiate addiction: Some social-psychological processes of untreated recovery // *J. Drug Issues*. — 1983. — Vol. 13. — P. 237—280.
465. Waldorf D., Biernacki P. Natural recovery from heroin addiction: A review of the incidence literature // *J. Drug Issues*. — 1979. — Vol. 9. — P. 281—289.
466. Ward J., Hall W., Mattick R.P. Role of maintenance treatment in opioid dependence // *Lancet*. — 1999. — Vol. 353. — P. 221—226.
467. Washton A.M., Pottash A.C., Gold M.S. Naltrexone in addicted business executives and physicians // *Journal of Clinical Psychiatry*. — 1984. — Vol. 45, №9. — P. 39—41.
468. Winick C. Maturing out of narcotic addiction // *Bull. Narc.* — 1962. — Vol. 14. — P. 1—7.
469. Winick C. The life cycle of the narcotic addict and addiction // *Bull. Narc.* — 1964. — Vol. 16. — P. 1—11.
470. Woody G.E., Luborsky L., McLellan A.T., O'Brien C.P., Beck A.T., Elaine J., Herman I., Hole A. Psychotherapy for opiate addicts // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 1983. — Vol. 40, №6. — P. 639—645.
471. Woody G.E., McLellan A.T., Luborsky L., O'Brien C.P. Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence // *Am. J. Psychiatry*. — 1989. — Vol. 144, №5. — P. 590—596.

## THE ROLE AND PLACE OF ANTI-RECURRENT AND SUPPORTING THERAPY IN THE SYSTEM OF THE MODERN NARCOLOGICAL HELP (THE LITERARY REVIEW)

EREZHEPOV N.B.

In present clause the concept of remission used in a narcological practice is analyzed, particularities on duration of remission dependent on drugs by results of numerous the researches, spent in the world are resulted. Systems of the factors influencing duration and quality of remission are considered. Approaches to the organization of anti-recurrent and supporting therapy are analyzed. Technologies of the narcological help at the given stage of its rendering are in detail considered.

**Key words:** narcotic dependence, anti-recurrent and supporting therapy, the organization of the narcological help