

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Одесский государственный медицинский университет

Бен Хамід Амін

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

Одеський державний медичний університет

У статті на підставі літературних даних приведено основні концептуальні положення лікування наркотичної залежності, зокрема, від опіоїдів.

Ключові слова: наркотична аддікція, лікування.

Ben Hamid Amin

MODERN APPROACHES TO DRUG ADDICTION TREATMENT

Odessa state medical university

Resume: in article on the basis of the literary data the principal conceptual positions of a drug dependence treatment, in particular, from opioids, are resulted.

Key words: drug addiction, treatment.

Лечение наркологических заболеваний подчинено принципу этапности и, в зависимости от состояния пациента, тяжести злоупотребления и терапевтического этапа, ставит разные задачи. К ним можно отнести следующие: 1) неотложная помощь и интенсивная дезинтоксикация при острых отравлениях психоактивными веществами; 2) лечение синдрома отмены при перерыве злоупотребления, вызвавшего физическую зависимость; 3) дезинтоксикация при хроническом отравлении дурманящими веществами; 4) лечение осложнений, вызванных длительным злоупотреблением; 5) подавление влечения и устранение зависимости; 6) предупреждение рецидива последних [1-4]. И.Н.Пятницкая (1975, 1994), Г.Я.Авруцкий (1988), С.Р.О'Вриен (1989) выделяют следующие этапы: 1) купирование абстинентного синдрома; 2) поддержка больного в состоянии неустойчивого равновесия; 3) противорецидивная терапия [5-8]. По D.Rybczynska (1986) это – 1) подготовка к лечению, формирование у больного потребности в нём, 2) детоксикация и ранняя реабилитация и 3) длительная терапия, направленная на поддержание больного в свободном от наркотиков состоянии. A.Sheffet и др. (1976), а также D.Bailly (1986) и H.Ginzburg (1987) этапами лечения наркомана считают: 1) детоксикацию, 2) индукцию (речь идет о начале приема налтрексона) и 3) поддержание. На этих примерах видно, что в классификациях разных авторов одну из ключевых позиций занимает поддерживающая противорецидивная терапия [9-11].

Принимая во внимание сходство аддиктивных расстройств с другими хроническими заболеваниями, которые характеризуются рецидивами и ремиссиями, и, признавая комплексность вовлеченных в наркоманию биопсихосоциальных механизмов, практикующие специалисты считают, что комбинирование терапевтических подходов, приспособляемых к нуждам индивида, должно оставаться ведущим принципом [12-14]. В

связи с этим реабилитационные усилия после острой детоксикации включают три главных цели, а именно: 1) повышение мотивации к воздержанию и поддержание высокого уровня стремления к этой цели; 2) помощь больным в восстановлении стабильного образа жизни без потребления психоактивных веществ; 3) профилактика рецидива [15, 16]. Помимо этого, придается значение образованию, консультациям, работе в семье, группах самопомощи [17,18]. Особая роль отводится психотерапии [19,20]. Обсуждаются, в частности, различные психотерапевтические подходы – когнитивно-бихевиоральные, психодинамические, суггестивные, – и их дифференциальная валидность в лечении зависимости от опиатов [21, 22].

Существует точка зрения, в соответствии с которой низкую эффективность лечения наркологических заболеваний связывают не столько с психической, сколько с физической зависимостью, особенно при развитии синдрома отмены [23]. В результате в лечении заболевания лидирующее место отводится фармакотерапии [3,24]. По мнению отечественных авторов, патогенетическая фармакотерапия зависимости от психоактивных веществ должна быть направлена на купирование характерных зависимостей, что осуществляется путем устранения дисбаланса в нейромедиаторных системах (адренергической, дофаминергической, серотонинергической и др.), или при влиянии непосредственно на эндогенные опиатные системы [3,25]. К патогенетическим средствам терапии наркомании относят: при опиоидной наркомании - клофелин, тиаприд, налоксон, налтрексон, бупренорфин и нейропептиды, стимуляторы дофаминовых рецепторов; при наркомании психостимуляторами - бромкриптин, флувоксамин; при барбитуровой наркомании - фенобарбитал и милдронат [26]. Для проведения симптоматической терапии рекомендуется использовать весь спектр психотропных средств (нейролептиков, анти-

депрессантов, транквилизаторов, ноотропов, солей лития и т.д.) [27].

Предлагалось также дифференцированное применение краниоцеребральной гипотермии для лечения различных психопатологических нарушений при опиоидной зависимости и, в первую очередь, синдрома отмены [28]. Несмотря на весьма частое использование этого метода в наркологической практике, эффективность его при опиизме не была подтверждена достаточным количеством наблюдений (в отличие от синдрома отмены при алкогольной зависимости, где краниоцеребральная гипотермия с успехом продолжает применяться). По-видимому, это связано с различными психофизиологическими механизмами и нейрохимическими сдвигами, задействованными в патогенезе указанного синдрома при разных видах зависимости.

Непонятным остаётся интерес практикующих врачей к детоксикационной гемосорбции и плазмаферезу при опиоидной наркомании, поскольку данных литературы, подтверждающих эффективность этих методик в лечении синдрома отмены, мы в доступной нам литературе практически не нашли [29].

Терапевтическое действие бромкриптина как средства, позволяющего купировать синдром отмены, вызванный хроническим введением опиатов, получило подтверждение пока только в экспериментах на лабораторных животных [30]. Интересными кажутся также наблюдения над эффектами коленовой кислоты при синдроме отмены опиоидом [31].

Различные патофизиологические механизмы, лежащие в основе синдрома отмены при опиоидной и алкогольной зависимости, обуславливают эффективность пиротерапии при первой и нецелесообразность её применения при второй [32]. В этом смысле нам видится наиболее оправданным использование в лечении опиоидной наркомании актопротекторов и антигипоксантов [33].

Д.В.Колесов (1991) выделяет в лечении наркологических заболеваний два аспекта. Один, хорошо разработанный и относительно успешно реализуемый, - устранение явлений абстиненции, восстановление соматических функций. Второй, разработанный слабо и реализуемый без особого успеха, - устранение (подавление, вытеснение и т.д.) влечения к вызываемому наркотическим веществом психическому состоянию, восстановление психических функций. Здесь многое неясно, а практический успех невелик. Вместе с тем, по убеждению автора, принципиально проблема излечения различных видов наркотизма находится именно здесь - в излечении психическом [34,35].

Как убедительно показано в целом ряде статей, фармакотерапия наркологических заболеваний пока является ведущим методом коррекции преморбидных личностных и органических нарушений, а также последствий наркотизации. Однако, в ряде случаев она становится невозможной (или ограниченно доступной), так как рекомендуемые больным препараты имеют противопоказания из-за часто встречающейся патологии со стороны внутренних органов [36]. В связи с этим актуальной является разработка таких методов лечения, при которых исключается кумулятивный эффект лекарственного средства, исключается риск

формирования новой зависимости [37]. Для лечения наркологических заболеваний целесообразно применение психотерапии, которая может служить весомым фактором упрочения ремиссии [38]. В течение ряда лет в наркологии с успехом используются эмоционально-стрессовые психотерапевтические подходы, в том числе «кодирование», имплантация препарата «Эспераль» - плацебо и др. [39].

Современная классификация немедикаментозных методов лечения наркомании и токсикомании включает: 1) биофизические; 2) психотерапевтические; 3) фитотерапевтические и 4) социотерапевтические («немедицинские») средства лечебного воздействия. К их числу относятся методы гемосорбционной и гастроэнтеросорбционной детоксикации; квантовой аутогемотерапии; вакуумно-квантовой гемотерапии; рефлексотерапии; ультразвуковой рефлексотерапии – «фонопунктуры»; лазерорефлексотерапии; экстремальной криопунктуры; акупунктурной дарсонвализации; краниоцеребральной гипотермии и др. [40].

Ряд авторов акцентируют саногенетические возможности состояний, сопровождаемых высоким уровнем активированности, при различных нервно-психических расстройствах, в том числе и при болезнях зависимости. Например, достижение высокого уровня активированности лежит в основе эмоционально-стрессовой психотерапии, предполагающей использование эмоциональных каналов нервно-психической сферы человека на «стрессовом напряжении», что способствует значительным перестройкам организма в целом. Особенно многочисленны невербальные методики эмоционально-стрессовой эстетопсихотерапии, к которым относятся арттерапия, библиотерапия, имаготерапия, музыкотерапия, психодрама, методы моделирования патогенной ситуации, различные виды культуртерапии и функциональных тренировок, использование кинематографа, обязательной характеристикой которых является большая эмоциональная насыщенность [41]. Доказано, что усвоение психотерапевтической информации облегчается состоянием стресса [42]. В частности, газовая смесь «кислорода и закиси азота» является химическим стрессором, на фоне действия которого значительно повышается эффективность психотерапевтического воздействия [43].

Известен метод терапии творчеством: увлеченность творчеством является психологической опорой для преодоления недугов, т.к. душевный подъем, охваченность идеалами поднимают сопротивляемость организма, жизненную энергию больного [21,37]. Поскольку пассивно-оборонительное поведение в форме депрессии и тревожности зависит от длительного неуспеха в преодолении конфликтных ситуаций, то устранение этих конфликтов и оказание психотерапевтической помощи позволяют разорвать этот порочный круг самоустановления пассивно-оборонительного поведения, приводящего к снижению творческих возможностей человека. Такая «креативная психотерапия» включается как элемент в процесс непрерывного образования, важнейшей задачей которого является пробуждение заинтересованности в получении новых результатов.

Достаточно широко при лечении болезней зависимости используется принцип «переключения». Так, об

эффективности механизма «переключения» в преодолении патологического влечения к наркотикам пишут Н.Г.Найденова и В.В.Куликов, отмечая, что если пациент занят и дело поглощает все его внимание, то возникающее влечение несколько приглушается или подавляется [44]. По мнению Ц.П.Короленко, деятельность Общества Анонимных Алкоголиков в США основана на замене алкогольной аддикции участием в деятельности общества [45].

Широкие возможности для реализации стратегий «переключения», «обучения через исследование» открывает компьютерная технология, позволяющая в самых разных формах реализовать построение моделей и их изучение индивидуально в зависимости от уровня знаний, способностей, склонностей и функционального состояния обучаемого [46]. Действительно, в последние годы игровые методики с использованием компьютера широко применяются как в исследовательских, так и терапевтических целях [47].

Значительное место в терапии наркологических заболеваний занимает немедикаментозная терапия, основанная на действии природных и опосредованных физических факторов [48]. Обращает на себя внимание тот факт, что в основе эффективности распространенных немедикаментозных методов лечения нервно-психических расстройств, в том числе и наркологических, находится способность усиливать функционирование неспецифических активирующих систем мозга. Например, среди применяемых в последние годы немедикаментозных методов лечения психических и неврологических заболеваний все шире используется фототерапия - воздействие ярким белым светом [49]. По мнению ряда авторов, в некоторых случаях фототерапия оказывается более эффективной, чем лекарственные, а также другие нелекарственные методы лечения [50].

Эффективность метода экстракраниальной микрополяризации мозга базируется на активизации неспецифических мозговых систем положительного эмоционального подкрепления, механизмах общей физиологической активности. Изменяя функциональную активность структур мозга, метод способствует мобилизации их компенсаторных возможностей [51]. По мнению Т.М.Воробьевой с соавт., метод транскраниальной анодной микрополяризации мозга создает почву для нормального протекания психических процессов – активности и цикла сон-бодрствование, памяти и внимания. Этот метод подавляет влечение к алкоголю у животных с алкогольной зависимостью, восстанавливает их цикл сон-бодрствование. У больных алкоголизмом применение метода приводило к купированию абстинентного синдрома, активации механизмов положительного эмоционального состояния, а также нормализации соматического состояния. При этом субъективная положительная оценка самочувствия больных сочеталась с объективным улучшением всех изучаемых высших психических функций [52].

При лечении алкоголизма высокую эффективность показывает метод криоцеребральной гипотермии, который рассматривается как неспецифическая раздражающая терапия, при которой мощная афферентная импульсация обеспечивается криораздражителем,

а раздражаемыми являются рецепторные поля и акупунктурные точки в месте воздействия хладоносителя. Среди лечебных эффектов гипотермии особо отмечается легкий стимулирующий, обеспечивающий повышение электрической активности головного мозга, улучшение психических функций. Аналогичный эффект наблюдается при оксигенотерапии, где кислород также выступает как неспецифический раздражающий фактор, стимулирующий активность центральной нервной системы [53].

На современном этапе в отечественной литературе преобладает пессимистическая оценка возможностей психокоррекционной работы с пациентами и лицами молодого возраста, злоупотребляющими одурманивающими средствами [54]. Действительно, существующая в настоящее время система предупреждения асоциального поведения детей и пациентов носит пенитенциарный характер, где основной мерой воздействия на пациентов и родственников является запугивание или применение мер наказания, не учитывающий сложный процесс становления заболевания [55]. Отсутствует комплексный подход к решению трудностей семьи силами различных специалистов, который предполагает взаимосвязанную работу психологов, врачей и педагогов в предупреждении девиаций поведения, а также помощи конфликтным и педагогически несостоятельным семьям [56-58].

Основной целью психотерапии является выработка положительных социальных установок, направленных на отказ от употребления наркотиков, на возобновление или продолжение учебы или работы [59-61]. К задачам психотерапии относится также нормализация семейных взаимоотношений [62-65].

Из методов психотерапии, по данным литературы, наиболее применима в лечении наркоманий и токсикоманий рациональная психотерапия, как индивидуальная, так и коллективная (групповая недирективная психотерапия) [8,66,67]. Другие виды психотерапии - аутогенный и гипноз - применяются для купирования частной симптоматики: для снятия психосоматического напряжения, расстройств сна, навязчивого влечения и др. Но эти методы не изменяют системы ценностей личности, не развивают способность критического отношения к себе [68]. Гипносуггестивная терапия и эмоционально-стрессовая психотерапия при наркоманиях имеют очень ограниченное применение по двум причинам. Во-первых, указанные методики утратили популярность среди пациентов, что порождает с их стороны избыточный скептицизм, а порой и явный негативизм. Во-вторых, на современном этапе основной тенденцией является переход от директивных методов к разъясняющей терапии, предполагающей глубокий анализ личности больного, пересмотр системы ценностных отношений, повышение социально-психологической адаптации [69]. С другой стороны, рядом авторов подчеркивается эффективность эмоционально-стрессовой терапии в сочетании с другими методами воздействия (условно-рефлекторной терапией, наркогипнозом) [70].

В последние годы ведущая цель программ помощи больным наркоманией и токсикоманией за рубежом – оказание поддержки наркозависимому на принципе

преимущественности: от вовлечения в лечебную программу в специализированном лечебном учреждении – до длительного реабилитационного периода в общине [71]. Наиболее распространёнными за рубежом направлениями в лечении наркомании и токсикомании можно считать заместительную терапию метадонем (при опиоидной наркомании) и социально-ориентированную терапию (создание общин, коммун, терапевтических сообществ) [4,12,46]. Подчеркивается необходимость индивидуального подхода к больным наркоманиями и, при необходимости, лечение их в дезинтоксикационном центре [72]. Этапное лечение включает первичный курс терапии (дезинтоксикация - интенсивная краткосрочная медикаментозная терапия) и поддерживающее лечение. Поддерживающее лечение - это разнообразные вмешательства, услуги и помощь больным наркоманией после окончания первичного курса лечения [73].

В Онтарио (Канада) оказание помощи больным наркоманией включает: индивидуализированную поддержку больному и его семье на начальных этапах лечения, помощь в разрешении неотложных проблем, помощь членам семьи, сотрудникам и другим, вовлеченным в круг значимых связей больного, обеспечение всеми видами консультативной помощи [74].

Научно обоснованные программы профилактики рецидивов у больных, зависимых от психоактивных средств, появились только в последнее десятилетие. Они основываются на триггерной роли условных стимулов, связанных с наркотизацией, в обострении влечения и возникновении рецидивов. Традиционно идеология лечения наркоманий строится на изменении поведения больных, что обеспечивает их последующую ресоциализацию. Считают, что улучшение взаимодействия больного с ближайшим окружением и адекватная организация свободного времени могут значительно уменьшить вероятность рецидивов [1-15,46,56,67].

Как следует из приведенного выше анализа литературных данных, ключевым моментом в эффективной терапии наркологических заболеваний является комплекс противорецидивных мероприятий. Среди противорецидивных мероприятий наиболее перспективным представляется сочетание фармакотерапии с психотерапией. Особенно подчеркивается значительное повышение эффективности психотерапии, проводимой на фоне высокого уровня активности мозга (наркопсихотерапия, эмоционально-стрессовая терапия и т.д.).

Противорецидивная терапия опиоидной наркомании, Актуальность проблемы лечения опиоидной наркомании в настоящее время очевидна в связи с крайне низкой эффективностью противорецидивных методов терапии. По данным Минздрава Украины, не более 10 % больных снимаются с диспансерного учета в связи с выздоровлением. Аналогичные данные приводят многочисленные исследователи [1-9]. Ряд авторов указывают на возможность полного воздержания от употребления объекта патологического влечения (аддиктогена) в результате лечения [21,75]. Критерием эффективности проведенной терапии в большинстве посвященных данной проблеме работ принято считать продолжительность и качество достигнутой ремиссии [3,12,29,64].

Задачей вторичной превентивной (противорецидивной) терапии отечественные психиатры-наркологи

считают предупреждение возврата к приему наркотиков, реадaptацию, ресоциализацию больных наркоманией [2-11]. Решение поставленной проблемы в значительной степени связывается с изысканием новых фармакологических средств профилактики и терапии опиоидной наркомании [1-13]. Накоплено достаточно данных о нейрохимических механизмах мотивации употребления опиатов [37,40,44-46,58,65]. Однако большинство используемых лечебных препаратов (агонистов рецепторов серотонина, катехоламинов, ингибиторов дофамин-бета-оксидазы, транквилизаторов бензодиазепинового ряда, ноотропных соединений, холинолитических средств), в ряде случаев успешно купирующие проявления абстинентного синдрома, психотические расстройства, связанные с нарушением эмоционально-мотивационной сферы, памяти, мышления, не отвечают основному требованию – способности этих веществ стабильно снижать патологическое влечение к опиатам [3-6]. Очевидные недостатки средств фармакологической патогенетической коррекции наркологических заболеваний стимулировали эмпирический поиск других терапевтических подходов (использование метода биоадаптивного управления функцией с обратной связью, йоги и медитации, билатерального рассеяния свода, пульсирующего магнитного поля, электрической стимуляции некоторых мозговых структур, фототерапии), эффективность которых, однако, не превышает эффекта традиционно применяемых методов коррекции [7-9].

По мнению подавляющего большинства авторов, противорецидивная терапия опиомании требует комплексного лечения, которое включает медикаментозные и немедикаментозные методы, использование психотерапии на всем протяжении лечебных мероприятий [9,10,14]. Однако остающаяся низкой эффективность терапии опиомании и высокая частота рецидивов определяют необходимость в постгоспитальных противорецидивных мероприятиях, в т.н. «поддерживающих программах». Принципиальным положением при этом является то, в чем, собственно «поддерживать» пациента: в состоянии «контролируемой» наркотизации или в состоянии трезвости [6,7,44,45].

Первая группа поддерживающих программ базируется на применении чистых агонистов или парциальных агонистов-антагонистов опиатных рецепторов, таких как метадон, бупренорфин, налбуфин [56,62,63,71,87]. Недостатки этих программ хорошо известны. Суть их сводится к тому, что «контролируемой» наркотизации они не обеспечивают. Наряду с препаратом поддержки, всё же употребляются и т.н. «дикие» или «уличные» наркотики [72,73].

Поэтому в последнее время всё большее внимание привлекают поддерживающие программы второго рода. Они основаны на применении блокаторов опиатных рецепторов [45,74].

Известно, что вещества класса «чистых» блокаторов опиатных рецепторов – налоксон и налтрексон – эффективно подавляют фармакологические эффекты наркотиков опиоидного ряда: морфина, героина, метадона и т.п. Поэтому в настоящее время налоксон и налтрексон широко применяются для противорецидивного лечения и для лечения острых отравлений опиоидными

наркотиками. Смысл назначения этих препаратов при опийной наркомании состоит в том, чтобы полностью исключить возможность развития опийного опьянения в случае употребления больным наркотика [3-9]. Таким образом, возможный наркотический эксцесс на фоне действия этих препаратов не становится началом нового рецидива в течении заболевания и влечение к наркотику постепенно угасает. Однако широкому использованию блокаторов опиатных рецепторов в качестве противорецидивных средств препятствует недостаточная продолжительность их действия. Существующие лекарственные формы (водные инъекционные растворы, таблетки) обеспечивают длительность действия до суток [3,28, 29]. Однако желание больного опиоманией лечиться, а значит, и принимать соответствующие медикаменты, в силу специфики наркозаболеваний весьма нестойко [46]. Поэтому И.В. Линским (2001) разработан новый препарат для противорецидивного лечения зависимости от опиатов – налоксон-тридеканоат, который имеет свойства блокатора опиатных рецепторов продолжительного действия. В эксперименте на животных указанный препарат в виде масляной лекарственной формы обеспечивает опиоблокирующее действие на протяжении 18,3 + 1,3 суток после однократной подкожной инъекции, что в шесть раз больше, чем у известных аналогов [34].

В целом, эффективность лечения наркологических заболеваний все ещё остается крайне невысокой. Например, по данным литературы у больных опийной наркоманией ремиссии длительностью 1-2 года наблюдаются лишь у 14,3% [29]. Даже в таком известном учреждении как Берлинская клиника им. В.Гризингера, ремиссии свыше года отмечаются лишь в 24 % случаев [26]. В связи с этим не вызывает сомнений, что помощь больным с наркологическими заболеваниями должна носить комплексный характер и продолжаться длительное время. Учитывая роль функционального состояния мозга в генезе различных нервно-психических расстройств, рекомендуется, наряду со специфическим лечением, использовать и имеющиеся возможности регуляции функциональных состояний. К числу таких методов относятся метод биоадаптивной регуляции, создание искусственных стабильных функциональных связей. Для этой же цели используются имеющиеся психофармакологические и психотерапевтические методы (аутогенная тренировка, гипноз и др.). К числу способов регуляции функционального состояния мозга относятся и локальные раздражения, и микродеструкции определенных структур неспецифических систем мозга [57].

Принципы лечения опийной наркомании за рубежом основаны на применении при кратковременной терапии абстинентного синдрома опиатных агонистов

(метадон, декстрапроксифен, бупренорфин) или альфа-2-адреномиметиков (клонидин, лофексидин). Длительное лечение включает опиатные агонисты или антагонисты. Метадоновые программы, широко распространенные в большинстве стран мира, являются стандартной терапевтической альтернативой [4]. Однако в последние годы установлено, что метадон не только не решает проблему наркомании в ее индивидуальном и общегосударственном аспектах, а, наоборот, усугубляет её, у больного в итоге утяжеляется клиника имеющейся наркомании, добавляется новая форма зависимости, имеющая ятрогенные истоки. Появились контингенты лиц, зависимых от метадоны; метадон, назначаемый больному с гуманными намерениями, нередко используется как адъювант для привычных наркотиков. Имеются сведения о начатом поэтапном сворачивании не оправдавших себя метадоновых программ и легализации наркотиков [1,9].

Другим препаратом, широко используемым для заместительной терапии опиомании, является частичный агонист-антагонист опиоидов – бупренорфин. Считается, что его наркогенный потенциал ниже, чем у других опиоидов, и он может использоваться для поддерживающей противорецидивной терапии опиомании. Однако дальнейшее изучение этого препарата показало, что его подкрепляющие свойства вполне сопоставимы с таковыми у морфина, а, значит, первые случаи злоупотребления бупренорфином, зарегистрированные еще в 1985 году, не были случайностью. Причём это злоупотребление имеет все черты классической наркомании [16]. Аналогичная ситуация наблюдается и в отношении других агонистов опийных наркотиков: буторфанола, налбуфина, трамадола, динорфина и многих других [24].

Лечение больных героиноманией немецкие специалисты предлагают проводить в четыре этапа, включающих контактную фазу в амбулатории или консультации, фазу выведения яда в психиатрическом стационаре, фазу отвыкания и фазу последующего ухода с участием местного врача и специализированных групп. Существующие программы лечения наркоманий обеспечивают долговременный эффект у 19-40% больных [2,3].

Постоянно ведется поиск новых методов противорецидивного лечения больных, страдающих опийной наркоманией. В качестве примера можно назвать лечение иммуномодуляторами и индукторами синтеза эндогенных опиоидов, а также попытки генной терапии. Упомянув эти методы лечения, приходится лишней раз констатировать, что при назначении их больным автории ограничиваются фактом наличия опийной наркомании, игнорируя особенности течения и периода болезни у конкретного пациента [1].

ЛИТЕРАТУРА:

1. И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев. Наркология (Монография). – Харьков: Коллегиум, 2005. – 800 с.
2. В.С. Бітєнський, Клініко-патогенетичні аспекти алкоголізму й наркоманій. // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. - № 1(11), 2007. - С. 7-11.
3. Волошин П. В., Минко А. И., Линский И. В. и др. Эпидемиологическая ситуация, которая сложилась вследствие распространения зависимости от психоактивных веществ в Украине. // Украинский вестник психоневрологии. Т. 9, вып. 3 (28), 2001. – С. 7-9.
4. Минко А. И., Линский И. В., Шалашов В. В., Гапонов К. Д. Индивидуально-

- личностная и популяционная профилактика расстройств вследствие употребления психоактивных веществ. // Украинский вестник психоневрологии. – Т. 10, вып. 2 (31), 2002. – С. 22-23.
5. Руководство по наркологии. Под ред. Н.Н.Иванца – М.: ИД медпрактика-М, 2002, 504 с.
6. Сосин И. К., Чуев Ю. Ф. Казуистика аддиктивного инъекционного самовведения психоактивной субстанции, получаемой кустарно-химической модификацией официального препарата «Эффект» («Колдакт») // Украинский вестник психоневрологии. – 2001. – Т. 9, вып. 1. – С. 69–72.
7. Л.Н. Юрєва, Т.Ю. Большот. Компьютерная зависимость: формирование, диа-

- гностика, коррекция и профилактика (Монография). – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 12-15 с.
8. Гельдер М., Тет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. В 2-х томах. Пер. с англ. Кучинской Т., Полищук Н. – Киев: Изд-во «Сфера», 1999. – 735 с.
 9. Erias M. Net overuse called "true addiction" // USA Today. – 2005. – N 2. – P. 79-104.
 10. В.С. Битенский, К.В. Аймедов, В.А. Пахмурный. Клинико-психопатические аспекты трансформации аддиктивного поведения в условиях «информационного взрыва» // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. - № 1-2(9-10), 2006. - С. 161-168.
 11. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. Под ред. А. Я. Гриненко. – Серия «Мир медицины». – СПб: Изд-во «Лань», 2000. – 368 с.
 12. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Э.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость (Практическое руководство для врачей). - Г.: Медпрактика-М. - 2002. - С. 198 - 200).
 13. Лекции по наркологии. Изд. 2, перераб. и расш. Под ред. Н. Н. Иванца. – М.: Изд-во «Нолидж», 2000. – 448 с.
 14. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. Руководство. – Л.: Медицина, 1991. – 304 с.
 15. Анохина И. П., Балашов А. М., Коган Б. М., Панченко Л. Ф. Роль опийной системы в механизмах формирования алкогольной зависимости // Вопросы наркологии. – №3. 1989. – М.: Медицина. – С.3-4
 16. Вальдман А. В., Бабаян Э. А., Звартау Э. Э. Психофармакологические и медико-правовые аспекты токсикомании. – М.: Медицина, 1988. – 288 с.
 17. Кун Т. Структура научных революций. - М.: Прогресс, 1977.
 18. Нуллер Ю.Л. О парадигме в психиатрии. – Обзор. психiatr, и мед. психол., 1991, N 4, с. 5-13
 19. Наркология и аддиктология. Сб. науч. Трудов / Под. ред. проф. В.Д. Менделевича. Казань: Школа. 2004. С. 80-88.
 20. Егоров А.Ю. О кризисе в наркологии и возможных направлениях аддиктологии // Психическое здоровье. 2006. № 9. С. 33-37.
 21. Miller W. Addictive behaviours: treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity. Oxford etc: Pergamon Press, 1984. - 353 p.
 22. Landry M. Addiction diagnostic update DSM-III-R psychoactive substances use disorder // J. Psychoact. Drugs. 1977. - V. 19. - N 4. - P. 379-381.
 23. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Л., Медицина. 1985.
 24. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. Л., Медицина. 1975. 332 с.
 25. Marlatt G.A., Baer J.S., Donovan D.M., Kivlahan, D.R. Addictive behaviors: etiology and treatment // Annual Review of Psychology. 1988. V. 39. P. 223-252.
 26. Вермсер Л. Компульсивность и конфликт: различие между описанием и объяснением при лечении аддиктивного поведения // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга / Пер. с англ. Р.Р. Муртазина. М., независимая фирма «Класс». 2000. С. 55-79.
 27. Егоров А.Ю. «Социально приемлемые» аддикции // Психическое здоровье. 2006. № 12. С. 25-38.
 28. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обзор психиатрии и медицинской психологии. 1991. № 1. С. 8-15.
 29. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. Л., Медицина, 1991. - 304 с.
 30. Портнов А.А. Общая психопатология. М., 2004.
 31. Менделевич В.Д., Садыкова Р.Г. Зависимость как психологический и психопатологический феномен (проблемы диагностики и дифференциации) // Вестник клинической психологии. 2003. Т. 1. № 2. С. 153-158.
 32. Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга / Пер. с англ. Р.Р. Муртазина. М., Изд-во независимая фирма «Класс». 2000.
 33. Егоров А.Ю. К вопросу о новых теоретических аспектах аддиктологии // Аддиктология. 2006. № 2. С. 32-38.
 34. Сенцов В.Г., Спектор С.И., Богданов С.И. Наркомания в США. М., Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2004. 168 с.
 35. Сиволап Ю.П., Савченков В.А., Дамулин И.В., Аксельрод Б.А. Основные методы лечения опиоидной зависимости // В кн.: Руководство по аддиктологии / Под ред. В.Д. Менделевича. СПб, Речь. 2007. С. 321-333.
 36. Сэбшин Э. Психоаналитические исследования аддиктивного поведения: обзор // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга / Пер. с англ. Р.Р. Муртазина. М., независимая фирма «Класс». 2000. С. 13-27.
 37. Сиволап Ю.П. К вопросу о психопатологической принадлежности аддиктивных влечений // Общество против наркотиков / Сб. мат-лов межрегиональной научно-практической конференции. Казань, Медицина. 2006. С. 203-207.
 38. Минко А. И. Алкоголизм – междисциплинарная проблема (выявление, лечение, реабилитация, профилактика). // Украинский вестник психоневрологии. – Харьков, Т. 9, вып. 4 (29), 2001. – С. 6-7.
 39. Портнов А. А. Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. Издание второе. - Л., 1973.
 40. Shaffer H.J. The most important unresolved issue in the addictions: conceptual chaos. // Subst. Use Misuse. 1997. V. 32. N 11. P. 1573-1580.
 41. Чирко В.В., Демина М.В. Очерки клинической наркологии (наркомании и токсикомании: клиника, течение, терапия) – М.: Медпрактика-М, 2002. 240 с.
 42. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния). – М.: Медпрактика-М, 2001. – 128 с.
 43. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. - Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. - 640 с.
 44. Шабалина В.В. Когнитивная структура психической зависимости // Наркология. 2006. № 9. С. 69-72.
 45. Бабаян Э. А., Гюнопольский М. Х. Наркология. – М.: Медицина, 1987. - 336 с.
 46. Altman J., Everitt B.J., Glautier S., Markou A., Nutt D., Oretti R., Phillips G.D., Robbins T.W. The biological, social and clinical bases of drug addiction: Commentary and debate // Psychopharmacology (Berlin). 1996. V. 125. P. 285–345.
 47. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. СПб: Изд-во «Лань», 2000. - 368 с.
 48. Бориневич В. В. Наркомании. – М.: Медицина, 1963. – 275 с.
 49. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – 1200 с.
 50. Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф., Роберте Д. Г., Хайман С. Е. Наркология. – М.: Изд-во «Бином» СПб.: Изд-во «Невский диалект», 1998. – 318с.
 51. Frances R.J., Muller S.I. Clinical textbook of addictive disorders. - New York, 2002. - 226 p.
 52. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обзор психиатрии и мед. психологии. - 1991, 1. - С.8-15.
 53. Winick, C. Maturing out of narcotic addiction. // Bull. Narc. - 1962. - V. 14. - P. 1-7.
 54. Чуркин А. А., Мартюшов А. Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. – М.: Изд-во «Триада-Х», 1999. - 232 с.
 55. Кесельман Л.Е., Мацкевич М.Г. Социальное пространство наркотизма. Тимофеев Л.М.
 56. Сыропятов О. Г., Дзеружинская Н. А. Патогенез и биологическое лечение алкоголизма. Пособие для врачей. – Киев: УВМА, 2000. – 46 с.
 57. Булгаков С.И., Линский И.В., Голощапов В.В. Сопоставительный анализ данных Министерства внутренних дел и Министерства здравоохранения о масштабах употребления наркотиков в Украине в 2003 году // Український вісник психоневрології. – 2004. – Том 12, вип. 2 (39). – С.78-81.
 58. Литвинов В.Б., Здорик Ф.О., Хоменко О.О. Залежність від психотропних речовин як соціальне явище // Архів психіатрії. – 2002. – № 1 (28). – С. 32-35.
 59. Пятницкая И.Н. Наркомании. М., Медицина. 1994. 541 с.
 60. Шереги Ф.Э., Арефьев А.Л. Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи. Доклад. М.: Изд-во «Оптим Груп», 2003. 87 с.
 61. Griffiths M.D. Behavioural addiction: an issue for everybody? // Journal of Workplace Learning. 1996. V. 8. N 3. P. 19-25.
 62. Мельник Э.В. Активационная теория наркологических заболеваний // Вісник психічного здоров'я. – 2001. – № 1-2. – С. 23-27.
 63. Битенский В.С., Мельник Е.В., Панайотов О.И., Аймедов К.В. Кіндлінг у патогенезі наркологічних захворювань // Одеський медичний журнал. - 2003. - 6(80). - С. 45-48.
 64. Мельник Э.В. Вклад уровня активированности субъекта в формирование риска злоупотребления психоактивными веществами // Архив психиатрии. – 2000. – № 1 (19). – С. 79-80.
 65. МКБ-10: теория и практика психиатрии. Под общ. ред. проф. В. А. Абрамова. - Донецк: ОАО «УкрНТЭК», 2000. - 198 с.
 66. Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания о диагностике. – Киев: Изд-во «Факт», 1999. - 272 с.
 67. Catalano R., Hawkins J., Wells E. Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention // Int. J. Addict. - 2002. - Vol. 25, N 9A-10A. - P.1085-1140.
 68. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. - С.Петербург, 1994. - 300 с.
 69. Битенский В.С., Чернова Т.М. Новые патогенетические механизмы формирования наркологических заболеваний // Таврический журнал психиатрии. – 2004. – V.8, № 2(27). – С.41-43.
 70. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомания: патопсихология, клиника, реабилитация. – С.Пб: Лань, 2000. – 368 с.
 71. Казакова С.Е. Клинико-психологический анализ злоупотребления психоактивными веществами // Український медичний альманах. – 2004. – № 4. – С. 52-54.
 72. Анохина И.П., Коган Б.М., Маньковская И.В. Общность патогенетических механизмов алкоголизма и наркоманий и пути поиска средств для лечения этих заболеваний. - М., 1990. - 62с.
 73. Herz A. Neurobiological principles of drug dependence. Exemplified by opioids and psychostimulants // Nervenarzt. - 2003. - Vol.66, suppl.1. - P.3-14.
 74. Михайлов Б.В., Мартиненко А.О. та ін. Теоретичні проблеми лікування та профілактики залежності від психоактивних речовин // Архів психіатрії. – 2000. – № 3-4 (22-23). – С. 9-11.
 75. Сосин И. К., Мысько Г. Н., Гуревич Я. Л. Немедикаментозные методы лечения алкоголизма. – Киев: Изд-во «Здоров'я», 1986. – 152 с.