

11. Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Качаева М.А., Ромасенко Л.В. Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами. М.; 1998.
12. Иммерман К.Л. Женщины в пенитенциарной психиатрии (Обзор литературы). Российский психиатрический журнал. 1998; 2: 65—8.
13. Кирдин П.В. Агрессивные действия психически больных внутри психиатрического стационара. Российский психиатрический журнал. 2001; 6: 28—32.
14. Кондратьев Ф.В. Криминальная агрессия — актуальная проблема судебной психиатрии. Российский психиатрический журнал. 2006; 1: 17—20.
15. Королькова И.И. Агрессивное поведение больных шизофренией (конституционально-личностные, клинико-динамические и адаптационные аспекты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск; 2001.
16. Мельник В.И. Клинико-социальные характеристики женщин с психическими нарушениями органического (нейроинфекционного, травматического) генеза, совершивших общественно-опасные действия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 1987.
17. Разводовский Ю.Е. Взаимосвязь между потреблением алкоголя и убийствами. Социальная и клиническая психиатрия. 2006; 1: 5—9.
18. Русина В.В. Клинико-социальные характеристики женщин, совершивших агрессивные действия против личности (клинический и судебно-психиатрический аспекты): Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2009: 12—25.
19. Сафуанов Ф.С., Дмитриева Т.Б. Мотивация криминальной агрессии у женщин. Российский психиатрический журнал. 2000; 5: 20—5.
20. Ядрова Т.В. Психические расстройства у женщин, злоупотребляющих психоактивными веществами и совершивших правонарушения (клинические, социальные и судебно-психиатрические аспекты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2005: 1—5.
21. Anderson P. B., Sorensen W. Male and female differences in reports of women's heterosexual initiation and aggression. Arch. Sex. Behav. 1999; 28 (3): 243—53.
22. Cornaggia C.M., Beghi M., Pavone F., Barale F. Aggression in psychiatry wards: A systematic review. Psychiatry Res. 2011. 189 (1): 10—20.
23. Eronen M., Hakola P., Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. Arch. Gen. Psychiatry. 1996; 53: 497—501.
24. Felthous A.R. Schizophrenia and impulsive aggression: a heuristic inquiry with forensic and clinical implications. Behav. Sci. Law. 2008; 26 (6): 735—58.
25. Hesselbrock M., Hesselbrock V., Syzanski K. et al. Suicide attempts and alcoholism. J. Stud. Alcohol. 1988; 49: 436—42.
26. Iancu I., Bodner E., Roitman S., Piccone Sapir A., Poreh A., Kotler M. Impulsivity, aggression and suicide risk among male schizophrenia patients. Psychopathology. 2010; 43 (4): 223—9.
27. Jordan B.K., Schlenger W.E., Fairbank J.A. et al. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. II. Convicted felons entering prison. Arch. Gen. Psychiatry. 1996; 53: 513—9.
28. Lewis C.F. Ethnicity, diagnosis and healthcare utilization in incarcerated women. In: Paper presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting. New York; 2004.
29. Maden T., Swinton M., Gunn J. Psychiatric disorder in women serving a prison sentence. Br. J. Psychiatry. 1994; 164: 44—54.
30. Paul R. Aggression in psychiatry. Pflege Aktuell. 2005; 59: 290—4.
31. Rogde S., Hougen H.P., Poulsen K. Homicide by sharp force in two Scandinavian capitals. Forens. Sci. Int. 2000; 109, 135—45.
32. Teplin L. Psychiatric and substance abuse disorders among urban jail detainees. Am. J. Publ. Health. 1994; 84 (2): 290—3.
33. Warren J.I., Burnette M.I., South S.C. et al. Psychopathy in women: structural modeling and comorbidity. Int. J. Law Psychiatry. 2003; 26: 223—42.
34. While G.M., Sinn D.L., Wapstra E. Female aggression predicts mode of paternity acquisition in a social lizard. Proc. Biol. Sci. 2009; 276 (1664): 2021—9.

Поступила 15.01.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.89-02:613.83]-082:614.2

Е.А. Брун, Л.М. Савченко, Е.А. Соборникова*

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИМ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Кафедра наркологии ГБОУ ДО "Российская медицинская академия последипломного образования"
Минздрава РФ, 123995, Москва, Россия

*Соборникова Екатерина Анатольевна (Sobornikova Ekaterina Anatolevna). E-mail: 4izm@mail.ru

♦ В обзоре представлен анализ реабилитационных мероприятий в системе помощи лицам, злоупотребляющим психоактивными веществами, в мире, России и странах СНГ; описаны принципы и существующие варианты организации реабилитационной помощи. Как наиболее эффективная модель долгосрочной реабилитации рассматривается реабилитация по принципам терапевтического сообщества с использованием мультидисциплинарного подхода. В качестве проблемы отечественной наркологии отмечается недостаток профессиональных реабилитационных программ в государственном секторе здравоохранения на современном этапе. Особую актуальность приобретает развитие стационароразмещающих — амбулаторных форм реабилитации как наиболее малозатратных технологий.

Ключевые слова: система наркологической помощи, реабилитация пациентов наркологического профиля, терапевтическое сообщество, мультидисциплинарный подход

Е.А. Bryun, L.M. Savtchenko, E.A. Sobornikova

THE EXPERIENCE OF REHABILITATION ACTIVITIES IN THE SYSTEM OF CARE OF INDIVIDUALS WITH PSYCHOACTIVE SUBSTANCES ABUSE

The Russian medical academy of post-graduate education of Minzdrav of Russia, 123995 Moscow, Russia

♦ The article deals with the analysis of rehabilitation activities in the system of care of individuals with psychoactive substances abuse as applied on the international level, in the Russian Federation and in countries of CIS. The principles and existing alternatives of rehabilitation care organization are described. The rehabilitation according the principles of therapeutic community applying multidisciplinary approach is considered as the most effective model of long-term rehabilitation. The deficiency of professional rehabilitation programs in the public sector of health care is noted as an issue of modern narcology. The ultimate actuality is given to the development of hospital substitute out-patient forms of rehabilitation as the most low-costs technologies.

Key words: system of narcologic care, rehabilitation, patient of narcologic profile, therapeutic community, multidisciplinary approach

В современном обществе сохраняются тенденции к злоупотреблению психоактивными веществами и высокая потребность в помощи этому контингенту больных и их родственникам. Алкогольная и наркотическая зависимости все чаще рассматриваются как заболевания, имеющие биологическую, психологическую, социальную, духовную (имеется в виду нерелигиозная, светская духовность, связанная с ценностными ориентирами, нравственностью, культурой) природу (преморбидную дефицитарность) и деструктивно проявляющиеся на этих четырех уровнях функционирования человека. Именно этим обстоятельством объясняется достаточно низкая эффективность применения сугубо медицинских подходов в лечении пациентов, страдающих зависимостью от психоактивных веществ. Лечение больного наркотического профиля нельзя считать полноценным, если оно не завершается курсом комплексной реабилитации, обеспечивающим реконструкцию функционирования больного на четырех уровнях — биологическом, психологическом, социальном и духовном. С этой точки зрения реабилитация является патогенетическим лечением наркотических заболеваний, поскольку направлена на компенсацию дефицитарности, формирующей почву для возникновения и прогрессирования наркотического заболевания. Адекватное использование реабилитационных технологий повышает эффективность работы с больными наркотического профиля до 70% [31].

Реабилитация в системе помощи лицам, злоупотребляющим психоактивными веществами, в современном мире

Во многих странах мира на современном этапе помощь лицам, злоупотребляющим наркотиками, алкоголем и другими психоактивными веществами рассматривается как комплексная система, включающая такие элементы как общедоступные службы и структурированное лечение.

Общедоступные службы или "уличные агентства" — это пункты для установления первого контакта с людьми, которые имеют проблемы злоупотребления психоактивными веществами или их близкими. В этих пунктах, как правило, предоставляется информация (консультации "при обращении") по вопросам медицинского обслуживания, трудоустройства, обучения, правовым, жилищным вопросам и т. д.), а также базовые услуги по обеспечению выживания. В общедоступных службах работают телефонные линии доверия для получения анонимных конфиденциальных консультаций, а также группы самопомощи и семейные группы поддержки.

Структурированное лечение включает этап дезинтоксикации, реабилитацию и обслуживание после окончания лечения.

Дезинтоксикация проводится под наблюдением врача в условиях медицинского учреждения и является первым этапом программ лечения, направленных на абстиненцию и выздоровление. Основной целью программ дезинтоксикации является переход к воздержанию от психоактивных веществ наиболее безопасным способом.

Реабилитация рассматривается как этап лечения, направленный на профилактику рецидива. Она ориентирована на потребности людей, которые завершили дезинтоксикацию, и лиц, имеющих зависимость при отсутствии формальных симптомов абстиненции. На этом этапе применяются психосоциальные и фармакологические меры. Психосоциальные меры реализуются в двух формах: программы реабилитации в центрах совместного проживания и дневные реабилитационные программы.

Программы реабилитации в центрах совместного проживания существуют в двух вариантах: краткосрочная и долгосрочная. Продолжительность краткосрочных про-

грамм, составляет, как правило, от 30 до 90 дней, долгосрочных — от 6 мес до 1 года.

В последние десятилетия мировым стандартом долгосрочной реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ, наиболее широко используемой и эффективной моделью стала реабилитация в центрах, функционирующих по принципам терапевтического сообщества, где в условиях совместного проживания и совместной деятельности персонала и пациентов наркозависимые осваивают нормативный способ жизни. В настоящее время терапевтические сообщества созданы в 54 странах и представлены более чем 500 программами со стационарным пребыванием. Наиболее известными среди них являются Daytop Village, Phoenix House, Getway House (США), а также ACFR — "Casa Famiglia Rosetta" (Италия), MONAR (Польша), Peper Harow (Великобритания) [6, 8, 17, 20, 24, 33, 39].

Классический принцип функционирования терапевтического сообщества — отказ от традиционных статусных различий, облегчающий открытую коммуникацию. Взаимоотношения персонала и участника терапевтического процесса строятся на основе партнерства — это взаимодействие личностей. Доминирование, которое проявляется в авторитарном стиле руководства или в чрезмерно заботливой, сочувствующей опеке, недопустимо как стесняющее собственную инициативу участника терапевтического процесса [37, 38].

В терапевтическом сообществе целью является не только отказ от наркотиков, но и устранение антисоциального поведения, развитие полезных навыков и умений, развитие новых ценностных ориентаций, то есть полное изменение стиля жизни [33].

Поддержание принятых в терапевтических сообществах норм обеспечивается через специальные санкции, включающие процедуры изменения статуса, ритуалы воздаяния почестей и осуждения, выражения личностного одобрения и неодобрения. Самообеспечение и самообслуживание являются важными компонентами реабилитации в условиях терапевтического сообщества. Реабилитанты выполняют все виды домашней работы: приготовление пищи, уборку, ремонт. Вовлеченность в различные виды трудовой активности происходит по мере делегирования пациенту ответственности и зависит от стадии выздоровления.

В некоторых программах центров совместного проживания предусмотрены так называемые центры для выздоравливающих, или "дома на полпути", подразумевающие полунезависимые условия проживания в группе. Такие программы обычно тесно связаны с основной программой лечения в центре. Они дают возможность пациентам подготовиться к возвращению в общество, и при этом им продолжают оказывать необходимую поддержку.

Целью дневных структурированных программ отказа от наркотиков является содействие пациенту в понимании и осознании его поведения, связанного с употреблением алкоголя и наркотиков, смягчение негативных последствий их употребления и профилактика рецидива. Кроме того, индивидуальное и групповое консультирование и информационно-просветительские занятия могут быть посвящены проблемам ВИЧ/СПИДа, отношениям в семье, профессиональному обучению, интеграции в трудовую деятельность, помощи в решении жилищных проблем и правовым вопросам. В основе этого метода — комплексная первоначальная и регулярная последующая оценка существующих проблем, личностных характеристик, социальной поддержки и стрессорных факторов. С учетом анализа оценки проблем определяется комплекс задач лечения для конкретного пациента, а прогресс в достижении этих целей регулярно отслеживается и оценивается. Во многих странах большинство консультантов по проблемам наркомании используют техники когнитивно-поведенческой психотерапии, ориентируя их на конкретного

пациента и мотивационные методики. Продолжительность курса амбулаторной реабилитации варьирует от нескольких сессий до многомесячных программ. Дневные программы могут предлагаться в качестве альтернативы программам реабилитации в центрах совместного проживания или как следующий за этим этап.

Варианты внестационарной реабилитации в разных странах представлены такими формами как антиалкогольные или антинаркотические клубы (в том числе семейные), группы самопомощи наркологических больных и их родственников, коммуны, программы "выживания в экстремальных условиях", учреждения призрения за наркологическими больными, социальные программы помощи наркологическим больным [10].

В программах структурированного лечения обычно выделяется период менее интенсивного лечения, называемый последующим обслуживанием, после завершения пациентом основной программы лечения. Этот период может иметь продолжительность от 1 мес до нескольких лет и направлен на предоставление пациентам постоянной поддержки в сохранении достигнутых результатов и целей. Предусматриваются регулярные контакты по телефону, запланированные и незапланированные посещения врача. Пациентов также поощряют к участию в группах самопомощи и использованию других видов общей поддержки в рамках терапевтического сообщества и при необходимости услуг других специалистов-консультантов по месту жительства.

В Швеции, Италии, Нидерландах, Германии, Польше и многих других странах лечебную и реабилитационную помощь лицам, злоупотребляющим психоактивными веществами, наряду с государственными, оказывают частные лечебные учреждения, а также лечебницы при различных фондах и социальных службах, работающие по принципу терапевтических сообществ [20, 21, 28].

Реабилитация в системе помощи людям, злоупотребляющим психоактивными веществами, в России и странах СНГ

Большинство российских специалистов, занимающихся проблемой злоупотребления психоактивными веществами, считают, что реабилитационные мероприятия должны проводиться в рамках комплексных программ и включаться в лечебный процесс на всех его этапах (Валентик Ю.В., Брюн Е.А.; Дудко Т.Н.; Кулагин А.В. и др.) [3, 13, 15, 18, 19, 26, 33, 35].

В отечественной научной литературе наблюдается дефицит описания опыта реально функционирующих программ реабилитации для лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, что повышает ценность такого рода публикаций на современном этапе.

В 2001 г. в НИЦ наркологии Минздрава РФ создана модель комплексной гуманистической программы реабилитации, базирующаяся на концепциях реабилитации и лечения, реабилитационного потенциала больных, реабилитационной среды и реабилитационного пространства [24].

В Ярославской областной клинической наркологической больнице накоплен опыт успешной реабилитации в процессе осуществления совместного российско-голландского проекта по амбулаторной реабилитации наркозависимых "Вершина". Проект состоял из двух частей: общего консультирования наркозависимых и программы социальной реабилитации пациентов в постдетоксикационный период. Особое значение придавали освоению российскими специалистами мультидисциплинарного подхода, командных принципов взаимодействия в процессе реабилитации [1].

Среди концептуально и технологически проработанных и успешно функционирующих профессиональных реабилитационных программ для наркозависимых описа-

на программа, основанная на интегративно-развивающей двухуровневой модели психотерапии, осуществляемая в Павлодаре (Казахстан) [23]. Авторы (Катков А.Л., Титова В.В., 2002 г.) выделяют 2 уровня психотерапевтической коммуникации в процессе реабилитации: глубинный универсальный и поверхностный технологический. Согласно авторской концепции, глубинный универсальный включает универсальные механизмы действия: идентификацию с личностью психотерапевта; убеждение и внушение, чаще скрытое; облегченную трансляцию социальных паттернов поведения; позитивное подкрепление развивающегося поведения пациента или группы; наделение пациента энергетическими и пластическими ресурсами; обретение пациентом свойств целостности между основными инстанциями психического. На глубинном уровне психотерапии предполагается прямое или косвенное обращение к категориям души и духа. Именно душа и дух рассматриваются как суперресурс пациента, страдающего зависимостью от психоактивных веществ. Авторы подчеркивают, что проблема патологического влечения к психоактивным веществам, не решаемая на уровнях тела и личности, находит решение на уровне души и духа.

Поверхностный технологический уровень включает структурированные технические действия (методики, техники, манипуляции, процедуры), направленные на разрушение и утилизацию деструктивных связей у пациента и создание новых, адаптирующих. Авторы подчеркивают, что в рамках интегративно-развивающего психотерапевтического процесса могут реализовываться любые модели, направления или методы психотерапии.

Помимо этого, указанная модель предполагает развитие свойств антинаркотической устойчивости личности, таких как полноценное завершение личностной идентификации, сформированность навыков ответственного выбора, сформированность внутреннего локуса контроля, наличие позитивного жизненного сценария, наличие внутренних ресурсов для реализации позитивного жизненного сценария, наличие адекватной информированности о вреде наркопотребления, исключение наркопотребления из всех возможных горизонтов, жизненных планов [23].

Ю.А. Россинский в 2002—2004 гг. разработал и апробировал терапевтическую модель неопределенности в контексте интегративно-развивающей групповой психотерапии наркозависимых [22]. Термин "неопределенность" буквально означает развитие новых способностей. Разработанные модели неопределенности внедрены в ряде организаций, работающих в Казахстане, Узбекистане, Таджикистане и Киргизстане.

Анализ сообщений о действующих в Российской Федерации реабилитационных структурах показывает, что под отделения реабилитации иногда перепрофилируются традиционные наркологические отделения с сохранением прежнего лечебного режима и ориентацией на сугубо медицинские воздействия [10]. Часто, пройдя курс детоксикации, пациент направляется сразу в 12-шаговую программу и вместо специализированной реабилитационной помощи может рассчитывать только на помощь парапрофессионалов (консультантов из числа выздоравливающих зависимых пациентов) и поддержку других пациентов.

Осуществляются попытки интеграции в традиционную 12-шаговую (Миннесотскую) модель методов психологической коррекции в условиях круглосуточного стационара и затем — дневного стационара. На идее альянса профессиональных специалистов — врачей, психологов и консультантов 12-шаговой программы основаны подходы к реабилитации в Московском НИЦ наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы (Брюн Е.А. и соавт., 2008), в Городской наркологической больнице Санкт-Петербурга — реабилитационная программа "12+" (С.А. Кулаков, С.Б. Ваисов, 2006) [2, 27, 35].

Министерство здравоохранения Российской Федерации рассматривает создание и развитие государственных реабилитационных наркологических центров как важнейший комплекс мер, направленных на медицинскую профилактику, лечение и социальную реабилитацию больных наркоманией [24, 29, 36]. Открытие таких центров в нашей стране сопровождается сложностями (отсутствие навыков командной работы, проблема подготовленности кадров, недостаток эффективных технологически проработанных программ и др.).

На государственном уровне как приоритетная задача развития наркологии определено внедрение малозатратных технологий и стационарозамещающих форм оказания реабилитационной помощи населению, в том числе амбулаторных форм реабилитации [36]. Развитие амбулаторной реабилитации менее затратно и экономически выгодно (стоимость курса реабилитации значительно уде- шевляется за счет исключения расходов на содержание пациентов). В отличие от стационарных реабилитационных программ амбулаторный вариант реабилитации не предполагает полной изоляции наркозависимого от общества. Дневная программа позволяет пациентам проходить курс реабилитации, не расставаясь с семьей, учебой, работой, не прерывая других социальных связей, что снимает проблему "процесса возвращения" в общество. При прочих равных условиях и прежде всего для социально сохран- ных больных наркологического профиля, амбулаторные формы реабилитации более предпочтительны, чем стационарные [1, 10, 12, 33].

Теоретически, концептуально проблема амбулаторной реабилитации в России освещена в работах Ю.В. Валентика, Н.В. Вострокнутова, А.А. Гериша, Т.Н. Дудко, Л.А. Котельниковой, Е.А. Брюна, А.Л. Каткова [1, 12, 22, 23, 35]. О практическом опыте профессиональной амбулаторной реабилитации сообщают авторы единичных работ (Ю.В. Валентик и соавт.; Т.Н. Дудко, Л.А. Котельникова; А.Л. Катков, В.В. Титова; И.Н. Пятницкая, М.Л. Зобин, Е.А. Соборникова, 2012) [1, 12, 23, 32, 34]. Как часть единого реабилитационного процесса, начинающегося со стационарного этапа, описывают амбулаторную реабилитацию С.А. Кулаков и С.Б. Вайсов, В.Е. Аменицкий и др. [27, 30].

Эффективность профессиональной реабилитационной работы в амбулаторных условиях, т. е. число пациентов, достигших ремиссии продолжительностью 1 год и более, составляет по данным разных авторов, от 30,1% у лиц с высоким уровнем реабилитационного потенциала (Дудко Т.Н., Котельникова Л.А.) до 72,3% (Соборникова Е.А.) и 81% (Валентик Ю.В.) [1, 12, 34].

В России профессиональная реабилитационная помощь пациентам наркологического профиля в настоящий момент находится на этапе становления. Особенно остро стоит эта проблема в государственном секторе здравоохранения. Следует отметить, что в нашей стране одни формы реабилитации ("дома на полпути", учреждения призрения за наркологическими больными) отсутствуют или являются редкими, другие развиваются очень медленно, представляют собой формы само- и взаимопомощи, организуемые представителями религиозных объединений.

Учитывая мировой и отечественный опыт эффективных программ помощи больным наркологического профиля, необходимо внедрять в клиническую наркологическую практику новые организационные формы управления и взаимодействия специалистов реабилитационных программ. Для этого необходимо использование мультидисциплинарного подхода, создание мультидисциплинарных команд, в которых специалисты разного профиля взаимодействуют по принципу партнерства, нет разделения на "главных" и "второстепенных" специалистов, а руководитель является неавторитарным координатором работы.

Для обеспечения комплексного решения проблем пациентов наркологического профиля в реабилитационных программах и создания условий, максимально приближенных к условиям функциональной семьи и социума, целесообразно широкое внедрение метода терапевтического сообщества.

В создавшихся условиях необходимо продолжить разработку теоретических и организационно-методических основ реабилитации, поиск новых форм наркологической помощи, обеспечивающих работу с преморбидной дефицитностью пациента наркологического профиля, а накопленный в стране опыт по этому вопросу нуждается в обобщении, систематизации и оценке эффективности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Траутманн Ф., Валентик Ю.В., Мельников В.Ф. Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от наркотиков. Методическое руководство. Российско-голландский проект 2002. Ярославль: Добро; 2002.
2. Батищев В. В., Негерши Н. В. Миннесотская модель лечения зависимости от психоактивных веществ. Вопросы наркологии. 1999; 3: 69—75.
3. Брюн Е.А. Совершенствование технологий управления профилактической и лечебно-реабилитационной наркологической помощью: Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2007.
4. Валентик Ю.В., Зыков О.В., Цетлин М.Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. М.; 1997.
5. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии: Учебное пособие. М.: Прогрессивные биомедицинские технологии; 2001.
6. Валентик Ю.В. Реабилитационные центры "Casa Famiglia Rosetta" для больных наркоманией (20—летний опыт работы). М.; 2002.
7. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. М.: Литера-2000; 2002.
8. Валентик Ю.В. Терапевтические сообщества — основа наиболее успешных программ реабилитации больных наркоманией. Профилактика и реабилитация в наркологии. 2002; 1: 80—90.
9. Всемирный доклад о наркотиках: 2010/ООН. Нью-Йорк; 2010. www.un.org/ru/development/surveys/docs/drug2010.pdf
10. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В. и др. Реабилитационные мероприятия в наркологии, проводимые в амбулаторных условиях. Наркология. 2004; 9: 48—52.
11. Дудко Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2003.
12. Дудко Т.Н., Котельникова Л.А. Реабилитация наркологических больных в условиях амбулатории: Методические рекомендации. М.; 2004.
13. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии. Профилактика и реабилитация в наркологии. 2002; 1: 66—79.
14. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии. Методические рекомендации. М.; 2001.
15. Дудко Т.Н. Система основных принципов построения лечебно-реабилитационного процесса в наркологии. Вопросы наркологии. 1999; 2: 28—34.
16. Дудко Т.Н. Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами. Вопросы наркологии. 2008; 3: 80—93.
17. Дудко Т.Н. Учебный семинар "Методика лечения и реабилитации наркологических больных в семейных терапевтических сообществах" (опыт работы реабилитационных центров "Daytop"). Вопросы наркологии. 1997; 1: 36—8.
18. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных (реабилитология и реабилитационные концепции). Вопросы наркологии. 2006; 1: 31—41.
19. Дудко Т.Н. Проблемы медико-социальной реабилитации наркологических больных в Российской Федерации. Доклад на Всероссийской научно-практической конференции 20.10.2011. www.nncn.ru/2_358.html
20. Заслуживающий внимания опыт лечения наркомании: наблюдения из Европы (по материалам Кочуровской И.). Наркология. 2009; 6: 78—82.
21. Каклюгин Н.В. Нерелигиозная методика коррекции зависимого поведения потребителей наркотиков в терапевтических сообще-

- ствах "МОНАР" (Польша) и "Знаменка" (Калининградская область). Наркология. 2008; 11: 70—9.
22. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых. Вопросы наркологии Казахстана. 2002; 2 (2): 84—8.
 23. Катков А.Л., Титова В.В. Интегративно-развивающая, двух-уровневая психотерапия наркозависимых. Наркология. 2002; 9: 27—35.
 24. Кошкина Е.А., ред. Клинические и организационные вопросы наркологии. М.: Гениус Медиа; 2011.
 25. Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Герши А.А. и др. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. В кн.: Профилактика злоупотребления психоактивными веществами: Сборник методических материалов по проблеме профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди несовершеннолетних и молодежи. М.: АCADEMIA АПК и ПРО; 2001: 50—97.
 26. Кулагин А.В. Научные основы создания системы реабилитации лиц с различными формами зависимости (никотиновая, алкогольная, наркомания, токсикомания) и медико-экономические оценки ее эффективности: Дис. ... канд. мед. наук. СПб.; 2006.
 27. Кулаков С.А., Ваисов С.Б. Руководство по реабилитации наркозависимых. СПб.: Речь; 2006.
 28. Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2003.
 29. Михайлов В.И., Казаковцев Б.А., Чуркин А.А. Современные проблемы реабилитации в наркологии. Наркология. 2002; 1: 40—2.
 30. Аменицкий В.Е., ред. Правда о наркомании и наркоманах: опыт профилактики, лечения и реабилитации наркозависимых в Калининградской области. Калининград; 2000.
 31. Приказ министерства здравоохранения РФ от 22 октября 2003 г. № 500 "Об утверждении протокола ведения больных "Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)". Наркология. 2004; 4—5: 11—7; 20—36.
 32. Пятницкая И.Н., Зобин М.Л. Короткая амбулаторная программа лечения опийной наркомании в раннем постабстинентном периоде. Клиническая наркология. 2004; 6: 52—6.
 33. Валентик Ю.В., ред. Руководство по реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. М.: ИД "ГЕНЖЕР"; 2003.
 34. Соборникова Е.А. Амбулаторная реабилитация пациентов наркологического профиля: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2012.
 35. Стандарты организации и программа реабилитации в наркологии (Стационарное отделение. Полустационар "Дом-на-полпути"): Методические рекомендации. Брюн Е.А., Бузик О.Ж., Сокольник Е.И. и др. М.: ООО "Медиа-Студия"; 2008.
 36. Указ Президента РФ от 9 июня 2010 г. № 690. "Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики РФ до 2020 года". М.; 2010.
 37. Jones M. Therapeutic Communiti: A New Treatment Method in Psychiatry. New York: Basic Books; 1953.
 38. Main T. "The Hospital as a Therapeutic Institution". Bulletin of the Menninger Clinic. 1946; 10: 66—70.
 39. Rossler W. Psychiatric rehabilitation today: an overview. World Psychiatry. 2006; 5 (3): 151—8.

Поступила 15.01.13

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Впервые на сайте Научной Электронной Библиотеки www.elibrary.ru открыта подписка на электронную версию нашего журнала, а также на другие журналы Издательства «Медицина».

Вы можете оформить подписку на архивные номера или на отдельную заинтересовавшую вас статью из текущего или любого другого номера журнала, начиная с 2012 г.

Для отдельных журналов Издательства «Медицина»:

- ◆ «Вопросы вирусологии»,
- ◆ «Детская хирургия»,
- ◆ «Молекулярная генетика, микробиология и вирусология»,
- ◆ «Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины»

открыта подписка также на текущие выпуски 2013 г.