

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ ВРАЧЕЙ-НАРКОЛОГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Александр Генрихович Софронов^{1,4}, Алла Евгеньевна Добровольская¹,
Алексей Юрьевич Егоров^{1,2,3}

¹Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
e-mail: maxttt@yandex.ru, 191015, г. Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41, ²Институт
эволюционной физиологии и биохимии имени И.М. Сеченова, 194223, г. Санкт-Петербург, пр.
Тореза, д. 44, ³Санкт-Петербургский государственный университет, 199034, г. Санкт-Петербург,
Университетская наб., д. 7-9, ⁴Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой
помощи им. И.И. Джанелидзе, 192242, Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д.3

Реферат. Выполнен анализ терапевтических предпочтений врачей-наркологов при лечении алкоголизма и опиоидной наркомании на современном этапе. Путём анонимного анкетирования были получены данные от 132 врачей-наркологов. Анкета состояла из 72 вопросов, отражавших предпочтения наркологов в фармакотерапии и психотерапии, а также субъективную оценку врачами отношения больных к тем или иным методам лечения. Оказалось, что наркологи из психотерапевтических методик чаще используют когнитивно-поведенческую и семейную терапию. Около 80% наркологов продолжают с различной частотой применять традиционные для отечественной наркологии научно необоснованные методы («кодирование», имитация имплантации «антиалкогольных препаратов» и др.). Наркологами широко используются нейролептики, антидепрессанты, антиконвульсанты, нормотимики, транквилизаторы и ноотропы, причем в лечении алкоголизма эти средства используются чаще, чем при наркомании. Дисульфирам и цианамид назначают более 80% наркологов, из них 48,2% часто назначают дисульфирам и 45,5% – цианамид. Различные формы налтрексона при лечении алкоголизма назначают более 21% наркологов, а при наркомании более 25%. Пролонгированная форма налтрексона (Вивитрол) знакома абсолютному большинству наркологов, однако около половины врачей его не используют или имеют минимальный опыт. Врачи, имеющие опыт использования Вивитрола оценивают его эффективность как среднюю, при этом отмечая слабую выраженность побочных эффектов. Основной целью терапии больных алкоголизмом и наркоманией, по мнению наркологов, остается достижение ремиссии, хотя, около трети наркологов считают, что целью наркологического лечения может быть снижение потребления ПАВ и купирование абстиненции. Врачи считают, что ненаучные методы лечения востребованными пациентами востребованы 39,2% больных алкоголизмом и 31,2% больных опиоидной наркоманией, лечение налтрексоном востребовано 4,5% и 9,4% пациентами, соответственно.

Ключевые слова: алкоголизм, опиоидная наркомания, врачи-наркологи, терапевтические предпочтения, фармакотерапия, психотерапия, налтрексон, пролонгированная форма налтрексона (Вивитрол).

THERAPEUTIC PREFERENCES OF ADDICTION
SPECIALISTS IN SAINT-PETERSBURG

Alexander G. Sofronov^{1,4}, Alla E. Dobrovolskaya¹,
Alexei Yu. Egorov^{1,2,3}

¹North-Western I.I. Mechnikov State Medical University,
²I.M. Sechenov Institute of Evolutional Physiology and
Biochemistry, ³St. Petersburg State University,
e-mail: draegorov@mail.ru, ⁴St. Petersburg Research
I.I. Ganelidze Institute of Emergency Aid,
e-mail: maxttt@yandex.ru

We have done the analysis of therapeutic preferences of alcohol or drug abuse therapists in the treatment of alcoholism and opioid addiction at the present stage. Through anonymous questionnaires

we have received the results from 132 alcohol or drug abuse therapists. The questionnaire consisted of 72 questions that reflected the preferences of addiction specialists in pharmacotherapy and psychotherapy, and also the subjective assessment of patients' attitude to the different methods of treatment. It was found out that alcohol or drug abuse therapists from psychotherapeutic techniques often use cognitive-behavioral and family counseling. About 80% of alcohol or drug abuse therapists continue to use with different frequency traditional but not scientifically proved methods ("coding" (alcohol or drug abuse hypnosis), simulation of "Anti addiction substance" (placebo) implantation, etc). Alcohol or drug abuse therapists widely use neuroleptics, antidepressants, anticonvulsants, normotimics, tranquilizers and nootropics, and in the treatment of alcoholism; these tools are used more often than in the treatment of drug addiction. Over 80% of alcohol or drug abuse therapists administer Disulfiram and Cyanamide, of which 48,2% are often Disulfiram and 45.5% - Cyanamide. More than 21% of alcohol or drug abuse therapists are given different forms of Naltrexone in the treatment of alcoholism, and in the treatment of drug addiction – more than 25%. Naltrexone for extended-release injectable suspension (Vivitrol) is known by the absolute majority of alcohol or drug abuse therapists, however, nearly half of doctors don't use it or have minimal experience. Doctors with experience in the use of Vivitrol assess its efficiency as average, noting a weak manifestation of side effects. The main goal of treatment of patients with alcoholism and drug addiction, according to experts, is achievement of remission, although about one third of experts consider that the purpose of drug treatment may be reduction of utilisation of psychoactive substances and relief of abstinence. Doctors consider that unscientific methods of treatment are demanded by 39.2% of patients with alcoholism and 31.2% of patients with opioid addiction and treatment with Naltrexone are demanded by 4.5% and 9.4% of patients.

Key words: alcoholism, opioid addiction, Alcohol or drug abuse therapists, therapeutic preferences, pharmacotherapy, psychotherapy, naltrexone, extended-release form of naltrexone (Vivitrol).

Опросы врачей получили широкое распространение для изучения различных аспектов медицинской науки и практики, в том числе терапевтических предпочтений врачей. В наркологии подобные исследования касались эпидемиологических, деонтологических, организационных и в меньшей степени фармакоэпидемиологических и терапевтических аспектов [2, 4, 5,

8, 10–13, 17, 19]. Вместе с тем, анализ терапевтических предпочтений позволяет получить важную информацию для выявления причин, влияющих на качество медицинской помощи, определения соответствия лечебной практики требованиям клинических протоколов и стандартов, своевременной коррекции программ последипломной подготовки врачей и принятия отраслевых организационных решений.

В отечественной наркологии стандарты специализированной наркологической помощи включают широкий набор психофармакологических средств с различным уровнем доказательности клинической эффективности [9]. При этом известно, что в практической наркологии, несмотря на критику ученых, продолжают применяться методики, не получившие вразумительного научного обоснования, которые очень условно можно отнести к эмоционально-стрессовой и гипносуггестивной терапии, или плацеботерапии. Среди них наиболее распространены так называемое «кодирование», имитация имплантации «антиалкогольных» и «антинаркотических препаратов» и др. [1, 3, 6, 7, 8]. Набор лекарств с высокими уровнями доказательности в наркологии невелик (дисульфирам, акампросат, налтрексон). Однако в наркологическую практику постепенно внедряются новые препараты с доказанной эффективностью (инъекционная пролонгированная форма налтрексона, налмефен). Одновременно продолжают развиваться психотерапевтические и реабилитационные направления, основанные на широком использовании методов индивидуальной и групповой психотерапии, трудотерапии и семейной психотерапии. Закрепление новых лекарственных препаратов и психотерапевтических методик в современных Стандартах неизбежно находит отражение в клинической практике, поэтому определение современной роли тех или иных терапевтических подходов в наркологической практике закономерно вызывает научный интерес.

Целью исследования являлся анализ терапевтических предпочтений врачей-наркологов в лечении алкоголизма и наркомании на современном этапе.

Материал и методы исследования. Анкетирование на анонимной основе врачей-наркологов проводилось в 2015–2016 годах среди практикующих наркологов Санкт-Петербурга и Великого Новгорода. Исследуемую когорту составили 132 человека. Стаж работы по специальности более 10 лет был у 63,1% анкетированных врачей, от 5 до 10 – у 26,9%, менее 5 лет – у 10%. 63,1%

наркологов на момент анкетирования работали в государственных учреждениях наркологического профиля; 12,3% – в государственных учреждениях психиатрического профиля; 28,5% – в негосударственных наркологических учреждениях 2,3% – индивидуальные предприниматели (работа по лицензии); частная практика во внеслужебное время – 6,2%.

Использовалась специально разработанная анкета (структурированное интервью), включавшая 72 вопроса, предусматривавших получение данных по субъективной оценке врачами-наркологами частоты использования, эффективности и безопасности различных методик лечения больных алкоголизмом и опиоидной наркоманией, включая методы эмоционально-стрессовой и гипносуггестивной терапии («кодирование», плацеботерапия: имитация имплантации препаратов-продолгов – так называемая «химзащита» и др.).

В анкете также содержались вопросы, касающиеся оценки эффективности использования инъекционной пролонгированной формы налтрексона (Вивитрола) и имплантируемой формы налтрексона.

При анализе результатов исследования использовались методы описательной статистики:

- для качественных переменных оценивали частоту признака и долю (%),
- для оценки достоверности частотного распределения дихотомических переменных использовался расчет доверительных интервалов на основе Биноминального критерия (доверительный интервал по всем частотам не превышал 7%),
- связь между двумя качественными признаками оценивалась с помощью точного критерия Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение. Основной контингент пациентов, курируемых наркологами, составили больные наркологического стационара (53,1%) и амбулаторного отделения (39,2%). Существенно меньше пациентов получали помощь в отделении реабилитации (7,7%) или частным образом на дому (15,4%).

Терапевтические предпочтения при лечении алкоголизма.

Исследование показало, что на современном этапе наркологи используют практически весь спектр психотропных препаратов для лечения алкоголизма (табл. 1). По частоте назначения лидируют транквилизаторы и ноотропы, далее

Таблица 1

Частота использования различных групп препаратов при проведении психотерапии алкоголизма (% врачей, выбравших данный вариант ответа)

Препараты	Часто	Редко	Никогда	С методом не знаком
Нейролептики	47,3	40,0	0,9	0,0
Антидепрессанты	55,5	33,6	0,0	0,0
Транквилизаторы	82,7	11,8	0,9	0,0
Антиконвульсанты	60,9	26,4	0,9	0,0
Ноотропы	80,9	8,2	0,0	0,0
Дисульфирам	48,2	29,1	6,4	0,0
Цианамид (колме)	45,5	31,8	2,7	0,9
Антагонисты опиатных рецепторов (таблетированные формы для перорального приёма: налтрексон – 50 мг)	21,8	33,6	15,5	0,9
Антагонисты опиатных рецепторов – инъекционная форма налтрексона пролонгированного действия (вивитрол)	17,3	51,8	10,9	0,9
Антагонисты опиатных рецепторов – имплантируемая форма налтрексона (продетоксон и др.)	3,6	13,6	42,7	0,9

Таблица 2

Частота использования различных психотерапевтических методик в лечении алкоголизма (% врачей, выбравших данный вариант ответа)

	Эмоционально-стрессовая терапия («кодирование» и т.д.)	Плацебо-терапия (имитация имплантации препаратов и т.д.)	Психотерапия поведенческая	Психотерапия групповая	Психотерапия гипносуггестивная	Работа с созависимыми	Работа по принципу метода «12 шагов»
Часто	48,2	55,5	76,4	20,0	9,1	64,5	12,7
Редко	17,3	24,5	13,6	29,1	21,8	18,2	20,0
Никогда	16,4	10,0	2,7	18,2	31,8	2,7	27,3
С методом не знаком	1,8	0	0,9	1,8	6,4	0,9	5,4

следуют антиконвульсанты. Нейролептики и антидепрессанты назначают часто 47,3% и 55,5% наркологов, не используют их – менее одного процента врачей. Дисульфирам и цианамид назначают практически все наркологи, причем дисульфирам используют часто – 48,2%, а цианамид – 45,5% врачей. Препараты налтрексона с различной частотой назначают около 90% наркологов, однако только 21,8% часто назначают таблетированный налтрексон, Вивитрол – 17,3%, имплантируемые формы налтрексона – 3,6%. Соответственно, большинство наркологов используют в лечении налтрексон или со средней частотой назначений или редко.

Согласно опросу, наркологи широко используют различные психотерапевтические методы при лечении алкоголизма. Чаше других применяются поведенческие методики психотерапии

и работа с созависимыми (табл. 2). Следует обратить внимание на то, что половина наркологов продолжает часто использовать ненаучные методы типа «кодирования» или плацебо-терапии и гипносуггестивную психотерапию (55,5%). Всего с различной частотой эти методы практикуют около 80% врачей. Вместе с тем, нами установлена значительная доля наркологов никогда не применявших методы так называемой эмоционально-стрессовой и гипносуггестивной терапии. Большое число врачей, редко или никогда не использовавших групповые методы психотерапии и работу по принципу метода «12 шагов» объясняется тем, что амбулаторные врачи и врачи отделений наркологических стационаров ориентированы преимущественно на медикаментозное лечение, а психотерапевтическое лечение, за исключением индивидуальных методов, считают

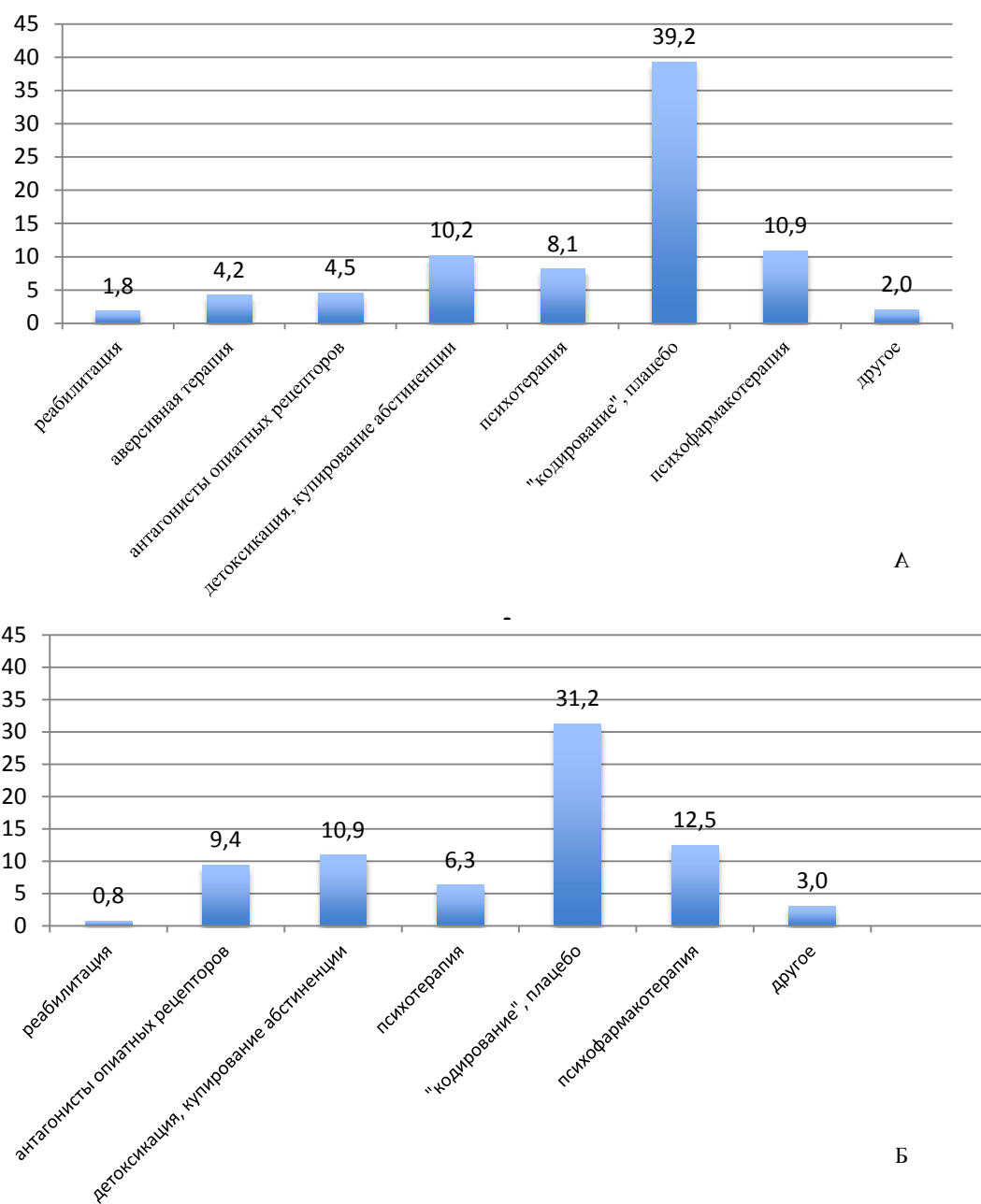


Рис. 1. Терапия, наиболее востребованная пациентами с алкоголизмом (А) и опиоидной наркоманией (Б) (% врачей, выбравших данный вариант ответа).

обязанностью психологов и психотерапевтов в реабилитационном звене.

По оценке наркологов, пациенты сами чаще всего склоняются к эмоционально-стрессовым методам лечения (рис. 1А).

По-мнению наркологов основной целью лечения наркологических больных остается ремиссия (рис. 2А). Позиционируемые цели, направленные на купирование абстиненции, снижение потребления и эмоциональный комфорт, встречаются значительно реже – порядка 1/3 ответов. Следует отметить, что

вопреки инструкции опроса, наркологи, как правило, настаивали на нескольких принципиальных целях, что, возможно, указывает, что свою помощь они не оценивают как комплексную и признают при этом необходимость всех этапов лечения. Другими словами, нарколог, специализирующийся на детоксикации в стационаре, считает своей основной целью купирование абстиненции, но не отрицает, что стратегической целью является достижение ремиссии. Нарколог амбулаторного звена, в меньшей степени уделяет внимание детоксикации, считая ее второстепенной по отно-

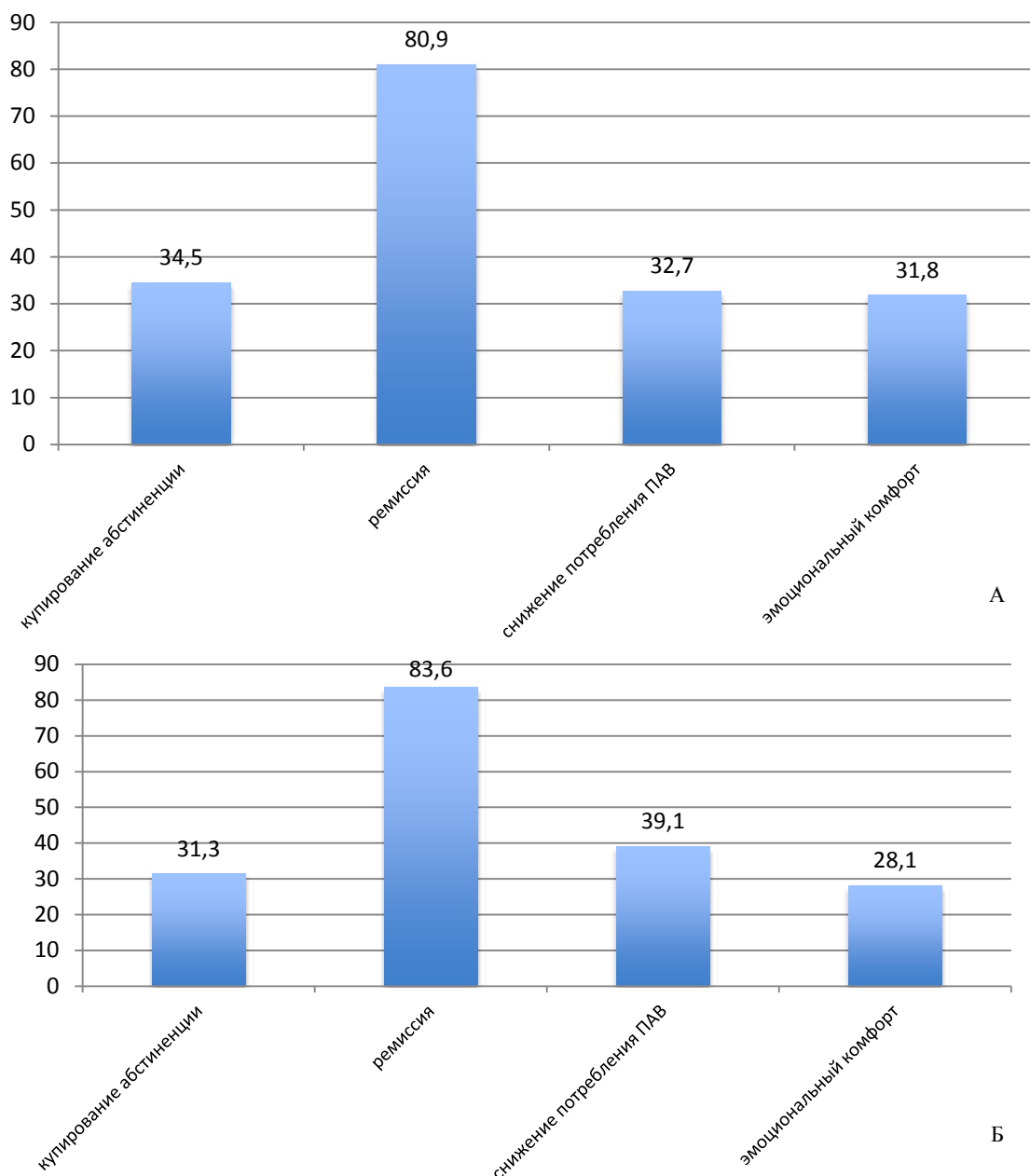


Рис. 2. Цель лечения при работе с больным алкоголизмом (А) и опиоидной наркоманией (Б) (% врачей, выбравших данный вариант ответа).

шению к достижению ремиссии. Более трети современных наркологов результатом лечения стали считать также снижение потребления психоактивных веществ (ПАВ).

Терапевтические предпочтения при лечении опиоидной зависимости

Как и при лечении алкоголизма, при опиоидной зависимости наркологи считают важным использовать психотерапию (табл. 3), однако в этом случае на первое место выходит рациональная

психотерапия и работа с созависимыми. Поведенческие методики часто используют меньше половины специалистов. Удельный вес ненаучных методов при лечении опиоидной наркомании существенно ниже, чем в случае алкоголизма.

При фармакотерапии опиоидной зависимости, как и при алкоголизме, наркологи широко используют весь спектр психотропных препаратов. Антагонисты опиоидных рецепторов - средства патогенетической терапии опиоидной зависимости, используются значительно реже психотропных средств (табл. 4). Налтрексон часто назначает

Таблица 3

Частота использования различных психотерапевтических методик в лечении опиоидной наркомании (% врачей, выбравших данный вариант ответа)

	Эмоционально-стрессовая терапия	Плацебо-терапия	Психотерапия рациональная	Психотерапия поведенческая	Психотерапия групповая	Психотерапия гипно-суггестивная	Работа с созависимыми	Работа по принципу метода «12 шагов»
Часто	32,0	39,1	69,5	41,4	17,2	9,4	64,8	18,0
Редко	20,3	18,0	16,4	25,0	24,2	15,6	14,8	22,7
Никогда	25,0	24,2	2,3	6,3	21,1	35,9	2,3	24,2
С методом не знаком	1,6	0,8	0,8	2,3	0,8	6,3	0,8	2,3

Таблица 4

Частота использования различных групп препаратов при проведении психофармакотерапии опиоидной зависимости (% врачей, выбравших данный вариант ответа)

	Нейролептики	Антидепрессанты	Транквилизаторы	Антиконвульсанты	Ноотропы	Антагонисты опиатных рецепторов (пероральные)	Антагонисты опиатных рецепторов (инъекционные пролонги)	Антагонисты опиатных рецепторов (импланты-депо)
Часто	50,0	52,3	74,2	62,5	72,7	25,8	18,0	9,4
Редко	33,6	34,4	12,5	19,5	9,4	39,1	45,3	18,0
Никогда	2,3	0,8	1,6	1,6	0,8	5,5	8,6	28,9
С методом не знаком	0,8	0,0	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8

только четвертая часть опрошенных наркологов. При этом Вивитрол используют часто 18,0%, а импланты – 9,4% врачей.

Суммарно препараты из группы налтрексона назначаются при опиоидной наркомании чаще, чем при алкоголизме, однако Вивитрол назначается реже.

Запросы пациентов, по мнению наркологов, при лечении опиоидной наркомании при выборе терапевтических подходов не отличаются от таковых при алкоголизме: также предпочтение отдается одномоментным процедурам типа «кодирования» и т.д. (рис. 1Б). Более того, несмотря на меньшее использование подобных методов при лечении опиоидных больных, запрос на них и вера в их «эффективность» сохраняется у 1/3 пациентов. Фармакотерапия антагонистами опиатов и психотерапия не представляется привлекательными для пациентов, эти методы предпочитают суммарно порядка 20%.

Цели, которые ставят врачи-наркологи при лечении опиоидной наркомании, не отличаются от таковых при лечении алкоголизма (рис. 2Б). Абсолютно приоритетной целью остается

достижение ремиссии. Несколько выше, чем при лечении алкоголизма, остается снижение потребления ПАВ (около 40%).

Опыт использования инъекционной пролонгированной формы налтрексона (Вивитрола)

Опыт назначения Вивитрола имеется почти у 3/4 опрошенных врачей-наркологов. Не имеют опыта 27%. Половина врачей использует этот препарат от одного до 5 лет. Порядка 1/3 врачей назначали Вивитрол более чем 10 пациентам. Минимальный опыт (менее пяти пациентов) имеют около 25% врачей. Таким образом, половина врачей-наркологов либо не имеет опыта, либо имеют минимальный опыт использования препарата.

Согласно результатам опроса 73,4% специалистов использовали Вивитрол для лечения алкоголизма, меньшее число (59,2%) назначали препарат при опиоидной наркомании. Абсолютное большинство (56,9%) врачей оценивают эффективность Вивитрола как среднюю (рис. 3). При этом 68% специалистов оценивают выражен-

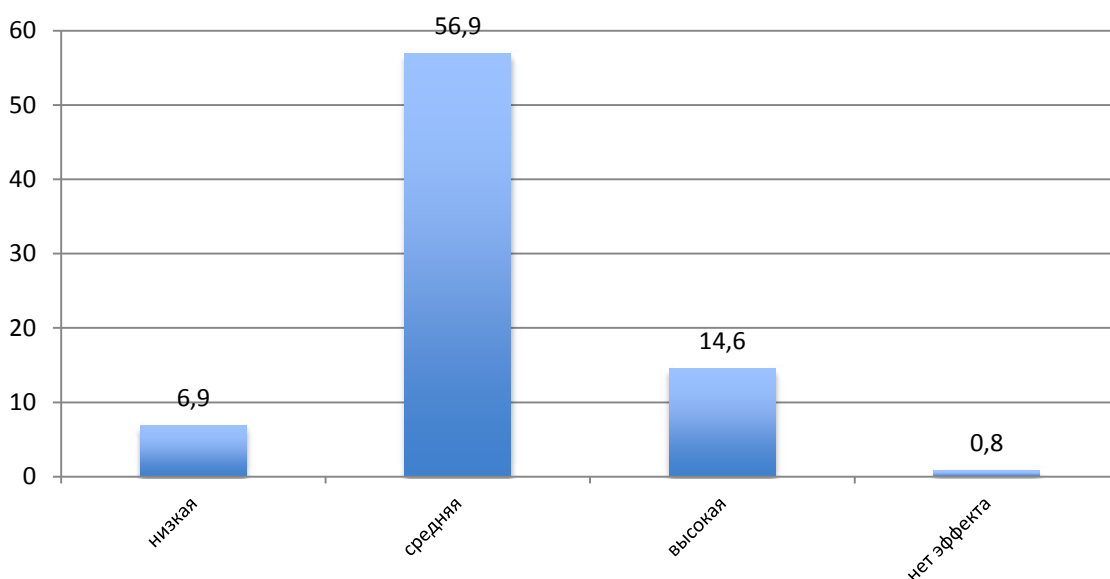
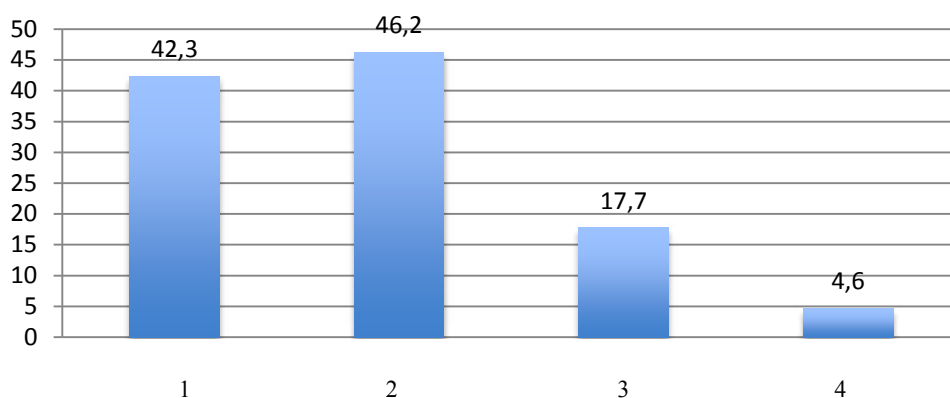


Рис. 3. Эффективность инъекционной пролонгированной формы налтрексона - Вивитрола (% врачей, выбравших данный вариант ответа).



1 – снижение потребления ПАВ; 2 – увеличение периода воздержания от приёма ПАВ; 3 – полный отказ от приёма ПАВ; 4 – эффекта не отмечалось.

Рис. 4. Различные клинические эффекты инъекционной пролонгированной формы налтрексона - Вивитрола (% врачей, выбравших данный вариант ответа).

ность побочных эффектов как низкую и только 6,9% как среднюю.

Эффективность препарата оценивается по-разному (рис. 4). Чаще других отмечают такие эффекты как снижение потребления ПАВ и увеличение периода воздержания от приёма ПАВ. Реже называют прекращение потребления ПАВ. Следует обратить внимание, что снижение потребления ПАВ наряду с достижением и поддержанием ремиссии рассматривались специалистами как основные эффекты препарата.

Интересными оказались результаты изучения причин, которые, по мнению врачей, влияют на эффективность Вивитрола (рис. 5). Абсолютное

большинство специалистов считает необходимым сопровождать лечение Вивитролом психотерапией.

Половина врачей считает существенным фактором эффективности фармакотерапии Вивитролом отношения в семье пациента. Более трети опрошенных наркологов указали на форму химической зависимости, вероятно считая, что эффективность препарата разная при алкоголизме и наркомании. Компетентность нарколога и уровень дохода пациента также играют определенную роль, с точки зрения специалистов. Всего 10% наркологов назвали соматические расстройства как фактор, влияющий на эффективность,

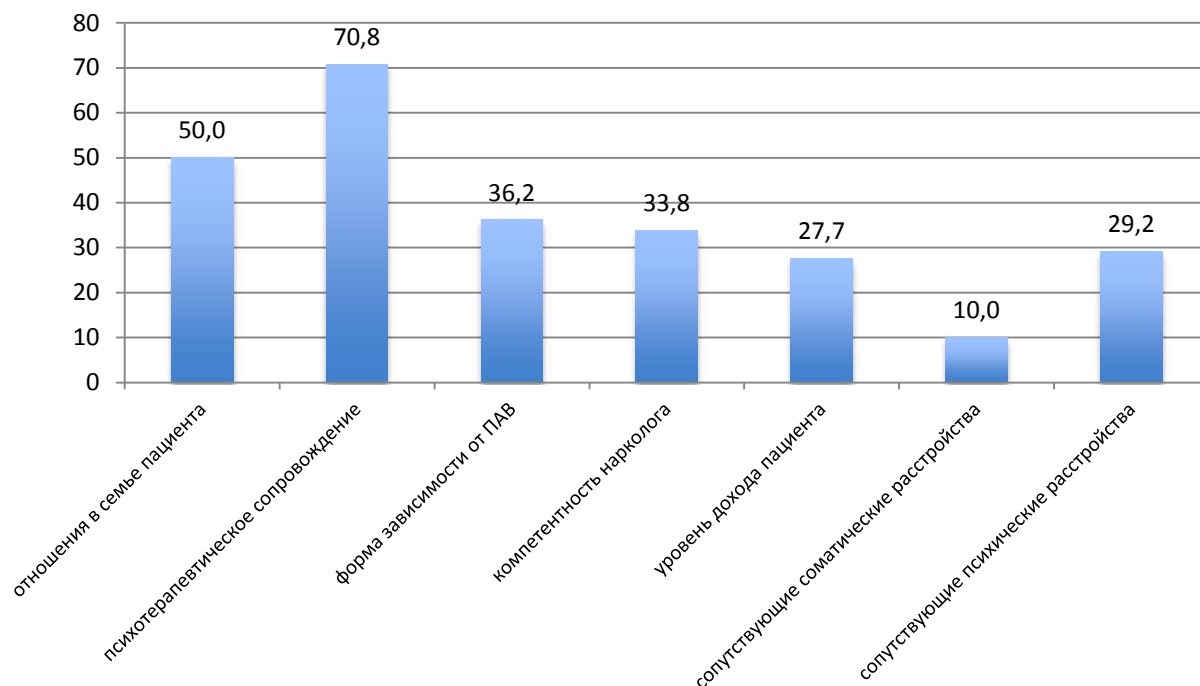


Рис. 5. Факторы, влияющие на эффективность инъекционной пролонгированной формы налтрексона - Вивитрола (% врачей, выбравших данный вариант ответа).

что связано с небольшим количеством побочных эффектов препарата. Сложным для интерпретации представляется фактор сопутствующих психических расстройств, влияющий на эффективность Вивитрола. Большая часть наркологов понимала наличие психической патологии как фактор, отрицательно влияющий на результат лечения, но были специалисты, придерживавшиеся и противоположного мнения.

Таким образом, проведенное исследование показало, что врачи-наркологи из психотерапевтических методик чаще используют когнитивно-поведенческую и семейную терапию, а также продолжают широко использовать традиционные для отечественной наркологии методы, условно относящиеся к эмоционально-стрессовой и гипно-суггестивной терапии. Причиной популярности этих методов следует считать устойчивые представления наркологических больных об эффективности этих методов, которые продолжают эксплуатироваться врачами. Более редкое использование данных методов при наркомании, скорее всего, обусловлено их очевидной неэффективностью, соответственно, меньшими традициями их применения у данной категории больных. Возможно, эти методы играют своеобразную

триггерную роль в инициации трезвости, тогда как собственно ремиссия формируется по механизмам, не имеющим отношения к медицинским интервенциям. Ранее такой феномен получил название «объясненная медицина» [8]

Наркологи используют все классы психотропных средств (нейролептики, антидепрессанты, нормотимики, транквилизаторы, ноотропы) для фармакотерапии наркологических больных, при этом собственно противоалкогольные препараты (дисульфирам, цианамид) и налтрексон используются реже. Популярность психофармакологического подхода, несмотря на сомнительную степень доказательности его эффективности, объясняется устойчивыми традициями отечественной наркологии и поддержкой психофармакотерапии современными стандартами. Вместе с тем, метаанализ 13 доказательных исследований (1553 больных) различных антипсихотиков при лечении алкогольной зависимости показал отсутствие эффективности, по сравнению с плацебо в 12 из них. Лишь в одном протоколе (30 пациентов) арипипразол достоверно превышал по эффективности плацебо в редукации дней тяжелого пьянства. При отсутствии эффекта антипсихотики вызывали большое количество побочных

реакций [16]. В мировой практике антипсихотики при опиоидной зависимости не используются. Следует отметить, что при этом речь не идет о лечении коморбидных состояний.

Основной целью терапии больных алкоголизмом и наркоманией остается достижение ремиссии. Однако имеется немалое число врачей, которые видят результат лечения в снижении потребления ПАВ. Эти взгляды соответствуют современным мировым тенденциям. Относительно недавно ВОЗ провозгласила концепцию снижения вреда (harm reduction), суть которой сводится к тому, что лечение должно быть направлено на максимально возможное смягчение алкогольной зависимости (не исключающее достижение полной трезвости в тех случаях, когда это возможно) с целью снижения вредных последствий неумеренного употребления алкоголя. Подход предусматривает комплексное использование фармакотерапии и психотерапии, в том числе и краткосрочной [22]. Этот подход вошел в ряд клинических руководств и рекомендаций (в том числе руководств британского Национального института здравоохранения и клинического мастерства – NICE, и американского Национального института злоупотребления алкоголем и алкоголизма – NIAAA), и используется в клинической практике, наряду с достижением полной трезвости [21]. В мире сегодня чаще пользуются такими показателями алкогольного потребления, которые влияют на развитие нежелательных последствий: 1) количество алкоголя, выпитого за день [20], 2) количество алкоголя, выпитого за неделю [14], 3) число дней тяжелого пьянства [15, 18]. Эти же показатели используются и при оценке эффективности противоалкогольных лекарственных средств.

Пролонг налтрексона Вивитрол знаком абсолютному большинству наркологов, однако его не используют или имеют минимальный опыт около половины врачей. Врачи, имеющие опыт использования Вивитрола, оценивают его эффективность как среднюю, при этом отмечая слабую выраженность побочных эффектов.

В целом, анализ терапевтических предпочтений врачей-наркологов показал, что сегодня становится очевидной необходимость развивать образовательные программы, имеющие целью широкое внедрение в наркологическую практику научно обоснованных подходов к лечению наркологических заболеваний, а также формировать у пациентов правильные представления о содержании современного наркологического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зобин М.Л. Отечественная наркология: 35 лет самостоятельного пути. Неутешительные итоги. <http://www.narcom.ru/publ/info/962>
2. Крупицкий Е.М. Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины // Неврологический вестник. 2010. Т. 42, №3. С. 25–27.
3. Крупицкий Е.М. Научнообразно декорируемые подходы к терапии в российской наркологии: размышления по поводу статьи М.Л. Зобина «Плацебо технологии в терапии химических аддикций» // Журнал неврол. психиатр. им С.С. Корсакова. 2014. Т. 114. (5, Вып. 2 «Аддиктивные расстройства»). С. 89–92.
4. Менделевич В.Д. Наркомания и наркология в России в зеркале общественного мнения и профессионального анализа. Казань: Медицина, 2006.
5. Менделевич В.Д. Социологический анализ «анозогностической установки» наркологов по отношению к наркомании: отечественные и зарубежные реалии // Наркология. 2011. № 4. С. 69–74.
6. Менделевич В.Д. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии // Независимый психиатрический журнал. 2010. № 3. С. 21–27.
7. Сиволап Ю.П. Федеральные стандарты по диагностике и лечению в наркологии: критический анализ // Наркология. 2014. № 9. С. 68–74.
8. Софронов А.Г. Актуальные проблемы развития отечественной наркологии // Наркология. 2003. №3. С. 2–7.
9. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ. М., 2012. <http://oknb74.ru/standart-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoshchi-pri-sindrome-zavisimosti-vyzvannom-upotrebleniiem>
10. Торбан М.Н., Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М., Хаймер Р. Исследование представлений врачей-наркологов РФ о работе наркологической службы. СПб: Изд. СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2010.
11. Шереги Ф.Э., Арефьев А.Л. Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи. Доклад. М.: Изд-во «Оптим Групп», 2003.
12. Шкутина И.В., Мироненко Н.В., Шкутина Г.Н., Афиногенов Ю.П. Оценка наркологической ситуации в молодежной среде // Вестник ВГУ. Серия химия, биология, фармация. 2011. № 2. С. 154–158.
13. Campbell N.D. Discovering Addiction: The Science and Politics of Substance Abuse Research. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press, 2007.
14. Dawson. D.A. Defining risk drinking // Alcohol Research & Health. 2011. Vol. 34, № 2. P. 144–156.
15. International Center for Alcohol Policy ICAP <http://www.icap.org/>
16. Kishi T., Sevy S, Chekuri R., Correll C.U. Antipsychotics for primary alcohol dependence: A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled trials // The Journal of Clinical Psychiatry. 2013. Vol. 74, № 7. P. 642–654.
17. Klingemann H., Rosenberg H.. Acceptance and therapeutic practice of controlled drinking as an outcome goal by Swiss alcohol treatment programs // Eur Addict Res. 2009. Vol. 15, N 3. P. 121–127.
18. Mäkelä P., Martikainen P., Nihtilä E. Temporal variation in deaths related to alcohol intoxication and drinking // Int J Epidemiol. 2005. Vol. 34, N 4. P. 765–771.

19. Preliminary results from the 1997 national household survey on drug abuse. Rockville, SAMHSA. 1998.

20. Rehm J., Gmel G., Sempos C.T., Trevisan M., Alcohol-related morbidity and mortality // *Alcohol Research & Health*. 2003. Vol. 27, N. 1. P. 39–51.

21. Rehm J., Rehm M.X., Alho H. et al. Alcohol dependence treatment in the EU: A literature search and expert consultation about the availability and use of guidelines in all EU countries plus Iceland, Norway, and Switzerland *International Journal of Alcohol and Drug Research* // *IJADR*. 2013. Vol. 2, N 2. P. 53–67.

22. Volpicelli J.R., Pettinati H.M., McLellan A.T., O'Brien C.P. *BRENDA Manual: Compliance Enhancement Techniques with Pharmacotherapy for Alcohol and Drug Dependence*. Gilford Press; Philadelphia, PA: 1997.

REFERENCES

1. Zobin M.L. *Otechestvennaya narkologiya: 35 let samostoyatel'nogo puti. Neutshitel'nye itogi*. <http://www.narcom.ru/publ/info/962> (in Russian)

2. Krupitskii E.M. *Nevrologicheskii vestnik*. 2010. Vol. 42, №3. pp. 25–27. (in Russian)

3. Krupitskii E.M. *Zhurnal nevrol. psikiatr. im S.S. Korsakova*. 2014. Vol. 114. (5, Vyp. 2 «Addiktivnye rasstroistva»). pp. 89–92. (in Russian)

4. Mendelevich V.D. *Narkomaniya i narkologiya v Rossii v zerkale obshchestvennogo mneniya i professional'nogo analiza*. Kazan: Meditsina, 2006. (in Russian)

5. Mendelevich V.D. *Narkologiya*. 2011. № 4. pp. 69–74. (in Russian)

6. Mendelevich V.D. *Nezavisimyi psikiatricheskii zhurnal*. 2010. № 3. pp. 21–27. (in Russian)

7. Sivolap Yu.P. *Narkologiya*. 2014. № 9. pp. 68–74. (in Russian)

8. Sofronov A.G. *Narkologiya*. 2003. №3. pp. 2–7. (in Russian)

9. *Standart pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi pri sindrome zavisimosti, vyzvannom upotrebleniem psikoaktivnykh veshchestv*. Moscow, 2012. <http://oknb74.ru/standart-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoshchi-pri-sindrome-zavisimosti-vyzvannom-upotrebleniem> (in Russian)

10. Torban M.N., Ilyuk R.D., Krupitskii E.M., Khaimer R. *Issledovanie predstavlenii vrachei-narkologov RF o rabote narkologicheskoi sluzhby*. St.Petersburg: Izd. SPb NIPNI im. V.M. Bekhtereva, 2010. (in Russian)

11. Sheregi F.E., Aref'ev A.L. *Otsenka narkosituatsii v srede detei, podrostkov i molodezhi. Doklad*. Moscow: Izd-vo «Optim Grup», 2003. (in Russian)

12. Shkutina I.V., Mironenko N.V., Shkutina G.N., Afinogenov Yu.P. *Vestnik VGU. Seriya khimiya, biologiya, farmatsiya*. 2011. № 2. pp. 154–158. (in Russian)

13. Campbell N.D. *Discovering Addiction: The Science and Politics of Substance Abuse Research*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press, 2007.

14. Dawson. D.A. Defining risk drinking. *Alcohol Research & Health*. 2011. Vol. 34, № 2. pp. 144–156.

15. *International Center for Alcohol Policy ICAP*. <http://www.icap.org/>

16. Kishi T., Sevy S, Chekuri R., Correll C.U. Antipsychotics for primary alcohol dependence: A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2013. Vol. 74, № 7. pp. 642–654.

17. Klingemann H., Rosenberg H. Acceptance and therapeutic practice of controlled drinking as an outcome goal by Swiss alcohol treatment programs. *Eur Addict Res*. 2009. Vol. 15, N 3. pp. 121–127.

18. Mäkelä P., Martikainen P., Nihtilä E. Temporal variation in deaths related to alcohol intoxication and drinking. *Int J Epidemiol*. 2005. Vol. 34, N 4. pp. 765–271.

19. *Preliminary results from the 1997 national household survey on drug abuse*. Rockville, SAMHSA. 1998.

20. Rehm J., Gmel G., Sempos C.T., Trevisan M. Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Research & Health*. 2003. Vol. 27, N. 1. pp. 39–51.

21. Rehm J., Rehm M.X., Alho H. et al. Alcohol dependence treatment in the EU: A literature search and expert consultation about the availability and use of guidelines in all EU countries plus Iceland, Norway, and Switzerland *International Journal of Alcohol and Drug Research*. *IJADR*. 2013. Vol. 2, N 2. pp. 53–67.

22. Volpicelli J.R., Pettinati H.M., McLellan A.T., O'Brien C.P. *BRENDA Manual: Compliance Enhancement Techniques with Pharmacotherapy for Alcohol and Drug Dependence*. Gilford Press; Philadelphia, PA, 1997.

Поступила 06.09.16.