

УДК 616.89

*Д.С. Лебедев***О СОВРЕМЕННЫХ МЕЖДУНАРОДНЫХ ПОДХОДАХ К ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ ПРИЕМОМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Донецкий государственный медицинский университет, Украина

Ключевые слова: МКБ-10, диагностика, психические расстройства, психоактивные вещества

Введение в практику здравоохранения Украины новой классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (МКБ-10) предусматривает изменения в диагностике состояний, связанных с приемом психоактивных веществ. Весь диагностический диапазон сосредоточен в одном разделе F1. Третьим знаком определяется вид вещества, а 4-м и 5-м - психопатологический синдром [1].

Объединены, независимо от их тяжести, ранее отдельные категории психотических, непсихотических и резидуальных нарушений. Классификация стала более удобной, потому что любой вид расстройства может быть соотнесен с любым психоактивным веществом, хотя на практике такое встречается не всегда [2].

В методологическом плане прослеживается подход авторов классификации, провозглашающий отказ от понятий «психоз» и «психотический». Этот же принцип реализован в том, что некоторые состояния, ранее квалифицируемые как острые интоксикационные психозы, например, вследствие употребления галлюциногенов, препаратов конопли, определяются как «острая интоксикация». Такая точка зрения представляется более соответствующей клинической реальности.

В МКБ-10 отсутствуют термины «наркомания» и «токсикомания», хотя сохранено понятие «наркотик». Эти термины не имеют четкого медицинского значения и способствуют путанице. Это связано с постоянно изменяющимися юридическими подходами, различными в каждой стране. Содержание понятия «психоактивные вещества» не раскрывается, упоминается лишь, что эти вещества вызывают зависимость или состояние отмены. Кроме того, в современных условиях список веществ, вызывающих зависимость, постоянно расширяется. Поэтому введение более общего термина «психоактивное вещество» является прогрессивным.

Приводится список основных девяти групп психоактивных веществ. Введен новый раздел - расстройства вследствие употребления летучих растворителей (F18). Код F19 предназначен для квалификации расстройств, вызванных бессистемным приемом разнообразных психоактивных веществ, либо другими веществами, не перечисленными ранее.

Общее количество диагностических рубрик значительно расширено, по сравнению с МКБ-9. Это позволяет более детально, строго формализованно, избегая «проекции» терапевта описывать психические расстройства у пациентов.

Введена новая диагностическая рубрика «Употребление психоактивных веществ с вредными последствиями» (F1X.1), подразумевающая однократное или эпизодическое употребление психоактивных веществ, вызвавшее психический или физический вред. В случае психического вреда речь идет о вторичных расстройствах, существование которых очевидно. Случаи, когда пациент нанес себе только физический вред, например, ВИЧ-инфицирование при инъекционной наркотизации, собственно психиатрического содержания, по-видимому, не имеют. Хотя возможность такого диагноза может быть полезна для более детального описания случая, в особенности, когда этот диагноз выступает в качестве дополнительного.

Новой диагностической рубрикой в МКБ-10 является «синдром зависимости» (F1X.2), включающий психические, физические и психологические признаки, характеризующие наркоманию, токсикоманию и хронический алкоголизм в МКБ-9. Такого общего определения достаточно для диагностики нозологически выраженных форм. Кроме того, термин «зависимость» наиболее употребителен во всем мире.

Часто комментарии к диагностике расстройств данного раздела МКБ начинаются с сетования на отсутствие реальной повсемест-

ной возможности определять содержание психоактивных веществ в организме лабораторным путем [3]. Хочется заметить, что при всей важности лабораторной диагностики, ее отсутствие не является непреодолимым препятствием для внедрения МКБ-10 в наркологию.

Определение содержания вещества в крови, моче и т.д. имеет решающее значение для диагностики только в случаях обнаружения концентраций, свидетельствующих об употреблении высоких доз вещества, либо в настоящее время либо в недавнем прошлом. Особенно полезной представляется практика контрольных анализов, например, мочи на содержание наркотиков и их метаболитов на этапе наблюдения больного после купирования абстиненции [4]. Как известно, характер интоксикации зависит от принятой дозы. Эта связь в известной мере относительна. Наличие в крови “следов” какого-либо вещества не может быть однозначно истолковано как причина психических расстройств. Необходимость лабораторной диагностики становится особенно острой в ситуациях экспертизы, отсутствия анамнестических и объективных данных. Но именно в этих ситуациях лабораторная диагностика уменьшает диагностическую неопределенность, но не устраняет ее по вышеизложенным причинам, точно так же, как и МКБ-9. Составители новой классификации указывают на ограниченное значение этого критерия.

В практике оказания врачебной помощи нарколог чаще всего не сталкивается с проблемой утаивания больным своего анамнеза. Обращения за помощью в основном добровольные. Наличие наркотика в организме по праву считается наиболее объективным диагностическим критерием, но не абсолютным. В диагностических указаниях четко сказано, что сведения об употреблении психоактивных веществ желательно получать из нескольких разных источников, значение которых не преуменьшается, например, наличие у пациента наркотиков.

Представляется, что отсутствие современной материальной базы не может считаться основанием для отказа от внедрения новых методов диагностики.

Намеренная атеоретичность МКБ-10 в разделе F1 выразилась в отказе от динамического подхода, в синдромальной оценке как синдрома зависимости (болезни в традиционном понимании), так и состояния отмены (собственно синдрома). Вследствие этого систематика рассматриваемого раздела МКБ-10 стала проще, приобрела более универсальный характер, но утра-

тила патогенетическую направленность.

Соответствие теоретических постулатов отечественной наркологии новой классификации на уровне диагностики синдрома зависимости выражается в том, что описаны практически все признаки «большого наркоманического синдрома» [5], но без детального описания его составляющих, таких как синдром измененной реактивности, психической и физической зависимости. Отсутствуют некоторые «тонкие», но принципиально важные диагностические признаки. Измененные формы опьянения (кроме патологического) не упоминаются. Указано лишь, что психоактивные вещества обладают разным действием в зависимости от принятой дозы. Учитывается только рост толерантности, а не ее изменения в целом, и т.п.

При сравнении диагностики наркотической зависимости в DSM и синдрома зависимости в МКБ-10 видим, что в американской классификации зависимость определяется как “Дизадаптивный паттерн употребления наркотических веществ, ведущий к клинически выраженному нарушению или дистрессу...” [6]. Классификация ВОЗ обозначает зависимость как “сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества ... начинает занимать первое место в системе ценностей... Основной характеристикой... является потребность... принять психоактивное вещество”. Сравнение показывает, что МКБ-10 более полно отражает спектр изменений при зависимости, от физиологического до личностного уровня, при приоритетном значении последнего.

Конкретные диагностические признаки практически идентичны. В DSM-IV четко выделен критерий “из-за употребления наркотических веществ прекращается или снижается общественная и профессиональная активность, а также менее организованно проводится досуг”. Такой признак в МКБ-10 отсутствует, что можно приветствовать из-за его недостаточной структурированности и излишней “строгости”, ибо “вес” такого признака практически приравнивается по значению к таким признакам, как толерантность или абстиненция.

Диагностическая неопределенность на этапе формирования болезни (становления зависимости) не была устранена полностью в отечественной психиатрии. В МКБ-10 эта неопределенность возрастает. Например, первым признаком зависимости является «сильная потребность или необходимость» принять вещество. Где границы этой сильной потребности? Является ли

обсессивное влечение к психоактивным веществам сильным? Например, молодой человек, употребляющий спиртные напитки в рамках традиционных в славянской культуре паттернов, может обнаружить следующие признаки «синдрома зависимости». Периодическое возникновение влечения к алкоголю обсессивного характера, которое обусловлено традицией, известным транквилизирующим действием алкоголя. Рост толерантности от малых доз на этапе знакомства со спиртными напитками до более значительных, «взрослых» доз. Эпизодическая утрата количественного контроля вследствие недостаточного опыта алкоголизации. Уже по трем признакам можно диагностировать синдром зависимости от алкоголя, опираясь на критерии МКБ-10, хотя в действительности этот человек не является больным. С другой стороны, диагностика этого расстройства у лица, скрывающего свой алкогольный анамнез, может быть затруднена. Например, пациент на этапе 2-й стадии алкоголизма может в силу измененной формы опьянения и приобретенной биологической устойчивости к алкоголю не утрачивать количественного контроля выпитого. Толерантность длительное время у него остается постоянной. При значительных преморбидных ресурсах личности ее «снижение» является малозаметным и может не оказать существенного влияния на социальную успешность пациента.

Таким образом, многие больные могут не попасть в поле зрения специалиста. Эти недостатки присущи и традиционным отечественным воззрениям. Но именно поэтому клиника должна оперировать многими биологическими критериями, очень важным является динамический принцип оценки отдельных признаков [5,7]. Вышеперечисленные причины еще больше затрудняют диагностику наркоманий, по сравнению с алкоголизмом, из-за анозогнозии и нежелания больных испытывать социально-негативные последствия.

Тяжесть состояния отмены поддается оценке. В практике используются шкалированные объективные методики для количественного учета выраженности состояния отмены. Но в МКБ-10 необходимо лишь констатировать наличие синдрома в его любых проявлениях, что может привести к гипердиагностике. Вопрос остался нерешенным так же, как и в классификации предыдущего пересмотра. А ведь глубина абстиненции косвенно может свидетельствовать о длительности зависимости, уровне толерантности и т.п. Составители МКБ-10 указыва-

ют, что состояние отмены имеет место не только после длительного употребления психоактивного вещества, но и просто после его употребления в высоких дозах. Это положение представляется спорным, ведь ставится вопрос о том, что состояние отмены может развиваться без признаков зависимости (болезни в традиционном понимании). Таким образом, не учитывается один из главных диагностических признаков зависимости. Отказ от традиционной градации на 3 стадии болезни делает диагностику на первый взгляд более «легкой», особенно для неспециалистов. Однако, для разработки дифференцированного плана лечения, в том числе психотерапевтического, для эффективной реабилитации врачу-наркологу все равно придется возвращаться к традиционной систематике зависимости, понятию функционального диагноза [5, 7, 8].

Хотелось бы обратить внимание, что вне поля зрения психиатра-нарколога остаются случаи эпизодического употребления психоактивных веществ без явлений зависимости вне состояния интоксикации. Диагностическая рубрика из МКБ-9 «Злоупотребление лекарственными средствами или другими веществами без явлений наркомании и токсикомании» не нашла аналога в МКБ-10. Однако, такая рубрика является необходимой для профилактической работы. Высокая актуальность этого вопроса подчеркивается распространенностью употребления психоактивных веществ в молодежной, особенно подростковой среде. Н. Ю. Максимова и соавт. [9] указывают, что среди украинских школьников 5,5 % пробовали наркотики, среди учеников ПТУ - 10,2%, учащихся техникумов - 13,5%. По данным изучения взрослого населения США, употребляли запрещенные законом наркотики в течение года 28,3 % обследованных [7], сформированная зависимость отмечается у 6 % [10].

В американской классификации DSM-IV описаны отдельно наркотическая зависимость и злоупотребление наркотическими веществами (substance abuse). Отличием злоупотребления являются разного рода личностные и социальные проблемы, возникающие в результате повторной в течение года наркотизации без признаков зависимости [7]. В руководстве по МКБ-10 под редакцией Дж.Э.Купер [11] имеется указание о том, что “злоупотребление” можно включать в рубрики “острая интоксикация” (F1X.0) и “употребление с вредными последствиями” (F1X.1). Однако содержание этих рубрик не позволяет относить к ним все разнообразные случаи наркотизации без явлений зависимости. Поскольку

в МКБ-10 «злоупотребление» как самостоятельный диагноз отсутствует, представляется, что случаи «вторичной» наркотизации можно кодировать по «основному» заболеванию в виде расстройств личности, аффективных нарушений и т.п. Те случаи, когда нет психического расстройства, следствием которого является наркотизация, не рассматриваются как медицинская проблема. Они выносятся за пределы компетенции медиков, вероятно, в область педагогической и социальной работы.

В систематике DSM-III-R приводятся критерии трех степеней зависимости от психоактивных веществ. Легкая степень включает минимальное количество симптомов, необходимых для диагностики зависимости, в сочетании с незначительным нарушением профессионального и социального функционирования.

Тяжелая степень подразумевает наличие гораздо большего количества симптомов, чем это необходимо для установления диагноза, которые значительно затрудняют профессиональную, социальную активность и межличностные отношения. Умеренная степень занимает промежуточное положение между легкой и тяжелой [12]. Такая проработка отсутствует в МКБ-10, что затрудняет динамическую оценку состояния пациента.

Несмотря на обилие психологических, в том числе психодинамических попыток объяснения формирования болезней, связанных с зависимостью от психоактивных веществ, на современном этапе общепризнанным является биологически ориентированный механизм патогенеза химической зависимости. Современные методы исследования позволили обнаружить изменения не только на организменном, клеточном, но и на молекулярном уровне. Наркотики (психоактивные вещества), специфически влияя на головной мозг, вызывают формирование синдрома зависимости; оказывают токсическое действие практически на все органы и системы организма; наркотизация родителей повышает риск формирования зависимости у детей и вызывает у них различные характерологические и поведенческие расстройства.

Развитие зависимости связывают с так называемой системой подкрепления, базирующейся в стволовых и лимбических структурах мозга и регулирующей эмоциональную, мотивационную сферу, психофизический тонус, поведение и адаптацию человека в целом. Психоактивные вещества с наркотическим действием (приводящие к развитию зависимости) активируют сис-

тему подкрепления, изменяя метаболизм нейромедиаторов. Основой развития синдрома зависимости является влияние наркотиков на нейрохимические процессы мозга, где специфически изменяется катехоламиновая нейромедиация в лимбических структурах, в частности, в системе подкрепления.

Основные эффекты наркотических веществ объясняются их взаимодействием с нейронами, расположенными в некоторых областях головного мозга. Активация данных структур в различных сочетаниях наркотическим веществом может вызвать желание принять наркотик, изменить психическое состояние и поведение, может быть связана с возникновением абстиненции.

Психоактивные вещества оказывают многогранное действие на нейроны. Молекулы наркотика взаимодействуют со специфическими рецепторами клеточных мембран. Описаны рецепторы, чувствительные к кокаину, никотину, каннабиноидам. Наиболее изученной является группа опиоидных рецепторов, число которых приближается к 20-ти. В результате взаимодействия изменяется трансмембранный ток Na^+ , K^+ и Ca^{++} . С процессами деполяризации мембран нейронов в основном связывает активацию вышеописанных мезолимбических структур, сопровождающуюся интенсивным высвобождением дофамина. Кроме того, посредством сложных механизмов наркотики влияют на клеточный метаболизм вплоть до генных изменений.

Значение этих процессов остается неполностью изученным, но известно, что они имеют универсальный характер для всех веществ с наркотическим потенциалом и определяют формирование и течение болезни. Физиологическими изменениями объясняется не только физическая, но и психическая зависимость. Накопленные данные дают надежды на разработку новых методов лечения наркоманий, но количество имеющихся знаний, к сожалению, остается unrealized в качестве методов контроля над зависимостью [13].

Вопросы трудовой экспертизы при расстройствах вследствие употребления психоактивных веществ были достаточно разработаны в отечественной психиатрии и наркологии. В настоящее время медико-социальные экспертные комиссии все еще используют МКБ-9 в своей работе. С точки зрения функциональной диагностики наиболее продуктивен в оценке трудоспособности мультиаксиальный подход. Поэтому ось только психических и поведенческих рас-

стройств (раздел Y (F) МКБ-10) может быть недостаточной для экспертизы нетрудоспособности. В силу указанных причин можно в целом представить следующее. Безусловно нетрудоспособными могут быть признаны зависимые пациенты с амнестическим синдромом (F1x.6); резидуальным психотическим расстройством и психотическим расстройством с поздним (отставленным) дебютом (F1x.7), в том числе с деменцией (F1x.73). Подразумевается, что во всех перечисленных случаях имеется синдром зависимости (F1x.2), т.е. имеются критерии II-III, но чаще III стадии заболевания в терминах МКБ-9.

Ограниченно трудоспособными по классификации 9-го пересмотра считаются больные во II и III стадиях заболевания при отчетливых и продолжительных неврозоподобных расстройствах [14].

Как было указано выше, ни степени выраженности зависимости, ни динамических особенностей в виде стадий заболевания в МКБ-10 нет. Неврозоподобные расстройства в этом разделе отсутствуют, а кодировать их, используя другие разделы МКБ-10, следуя указаниям составителей, нельзя.

Таким образом, возможности применения данного раздела МКБ-10 в оценке трудоспособности больных ограничены, его использование без дальнейшей проработки и должного методического обеспечения представляется нецелесообразным.

Несмотря на наметившиеся в последние годы изменения в трактовке судебно-психиатрической оценки лиц с различными формами болезненных влечений, в отношении больных, страдающих различными формами зависимости, в практике судебно-психиатрической экспертизы используются традиционные к ним подходы как к состояниям, включающим лишь медицинский критерий невменяемости, что при отсутствии юридического критерия безоговорочно обуславливает инculpацию этих лиц. Вопрос об эксculpации ставится и тем более решается положительно достаточно редко, в основном по фактору наличия временного психического расстройства в виде психотических форм опьянения, интоксикационных психозов [15]. В рамках этого традиционного подхода МКБ-10 предлагает широкий перечень рубрик от острой интоксикации до резидуального психотического расстройства с большим количеством подразделов.

Лечение больных, зависимых от ПАВ включает 3 этапа: лишение наркотика с купировани-

ем симптомов отмены; этап восстановления с ликвидацией последствий хронической интоксикации и нормализацией физического и психического состояния больного; этап закрепления ремиссии. Сочетаются биологические и психосоциальные подходы. Значение последних на более поздних этапах лечения многократно возрастает [17, 18, 19]. Первые два этапа называют еще активной терапией.

В западной традиции они обозначаются термином “детоксикация”, хотя так могут называть и просто прекращение употребления наркотиков [2]. Этап закрепления ремиссии часто называют поддерживающей терапией. И.Н.-Пятницкая [18] указывает, что в западных странах имеет место недооценка медикаментозных методов лечения, применение их только для купирования острых состояний. Однако отечественная система лечебно-реабилитационной помощи крайне слаба в методах психотерапии и практически отсутствует в социально-психологическом звене, там, где особо активно реализуется западная система лечения и реабилитации наркоманов.

К сожалению, в связи с кризисным состоянием отечественного здравоохранения зачастую наиболее эффективную и комплексную помощь платежеспособные пациенты могут получить в частных медицинских учреждениях [20].

Лечебная тактика в отношении психических и поведенческих расстройств, вызванных приемом психоактивных веществ определяется целями [6]. Целью терапии может быть устранение явлений интоксикации (передозировки) и синдрома отмены. В этом случае лечебное вмешательство кратковременное, как правило, фармакологическое. Следующей целью может быть отказ от приема психоактивного вещества. В этом случае лечебные мероприятия необходимы длительное время (до нескольких лет) и наряду с медикаментозным лечением широко должна применяться психотерапия и методы социальной реабилитации.

Примером всесторонне обоснованного подхода к лечению расстройств, связанных с приемом психоактивных веществ, разработанного с использованием МКБ-10, являются стандарты лечения наркологических больных Минздрава Российской Федерации, разработанные В.Б.Альтшулер и соавт. [21]. Они содержат основные, хотя и не всеобъемлющие, патогенетически обоснованные лечебные мероприятия.

Основным методом лечения интоксикаций и состояния отмены, помимо симптоматических

воздействий, является дезинтоксикация. Применяются как широко известные, так и всевозможные экстракорпоральные методы, особенно для лечения опийной зависимости. Следует указать гемосорбцию, плазмаферез, УФО крови.

Особо стоит упомянуть необходимость назначения блокатора постсинаптических альфа-рецепторов – клонидина при опийной абстиненции (F 11.3) и агониста дофамина-бромкриптина при отмене кокаина и других стимуляторов (F 14.3 и F 1X.3), эти средства относят к специфическим в купировании вышеупомянутых расстройств.

В западных странах широко распространены методики быстрой детоксикации при лечении опийной зависимости. Суть их состоит в назначении преимущественно только клонидина и антогагониста опиатов – налтрексона. По данным Л.С.Фридман и соавт. [6] продолжительность лечения составляет 5 дней. Существуют модификации этого метода, когда детоксикация проводится интенсивными методами (под наркозом) за 48 часов [4].

По минованию острых абстинентных явлений на первый план выходят мероприятия, направленные на купирование патологического влечения к психоактивным веществам. Наиболее эффективными считаются нейролептики широкого спектра действия (тизерцин, галоперидол, аминазин) [22, 23]. Для длительной поддерживающей терапии при любом варианте химической зависимости патогенетически обосно-

ванно назначение препаратов, регулирующих содержание нейромедиаторов, прежде всего дофамина. В ряду лекарственных средств, действующих в этом направлении, приоритетными являются антидепрессанты [24]. В зависимости от особенностей психического состояния их сочетают с нейролептиками.

Наряду с критикой, необходимо отметить, что новая классификация позволяет довольно полно охарактеризовать состояние пациента путем постановки нескольких диагнозов, не вступая в противоречие с традиционной диагностикой. Например, можно выставить основной диагноз «состояние отмены алкоголя с делирием» (F10.40); в качестве дополнительных использовать «синдром зависимости от алкоголя, постоянное употребление» (F10.25) и «расстройство личности или поведения вследствие употребления алкоголя» (F10.71).

Хотелось бы обратить внимание молодых коллег, начинающих изучать наркологию, что умением свободно оперировать диагностическими рубриками новой классификации клиническое мастерство вовсе не исчерпывается. Составители МКБ-10 указывают, что она не претендует на всеобъемлющее определение современного состояния знаний о психических расстройствах [11]. Таким образом, новая диагностика для плодотворного участия в терапевтическом процессе должна сочетаться с глубоким знанием патогенеза изучаемых расстройств.

Д.С Лебедев

ПРО СУЧАСНІ МІЖНАРОДНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

Донецький державний медичний університет, Україна

Детально проаналізована структура та зміст глави F1 міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду. Проаналізовано співвідношення традиційних вітчизняних наркологічних концепцій та сучасних діагностичних поглядів. Дани коментарі стосовно використання нової класифікації у вирішенні нагальних практичних задач. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 19-25)

D.S Lebedev

ABOUT MODERN INTERNATIONAL APPROACHES TO DIAGNOSIS OF PSYCHICAL AND BEHAVIORAL DISORDERS CAUSED BY USING OF PSYCHOACTIVE ISSUIS

Donetsk State Medical University, Ukraine

The structure and content of chapter F1 from International Classification of Diseases (10-th version) was analysed in detail. The rational of traditional domestical narcological conceptions and modern diagnostical views was analysed.

Comments for using of new classification for actual practical problems solution were given. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 19-25)

Литература

1. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. -К.: -Факт, 1999. -272с.
2. М.Гельдер, Д.Гэт, Р.Мейо. Оксфордское руководство по психиатрии. -К.: Сфера, 1997. -436с.
3. Л.В.Власенко. Переход на МКБ-10 в наркологии. Вісник АПУ, №2, 99 с.84-89.
4. A.Seoane et al. Обзор современной психиатрии. Вып.3, 1999, с.77-84.
5. А.А.Портнов, И.Н.Пятницкая. Клиника алкоголизма. -Л.: Медицина, 1971. -390с.
6. Л.С.Фридман, Н.Ф.Флеминг, Д.Х.Робертс, С.Е.Хайман. Наркология. Перевод с английского. -М.; Спб.: «Издательство БИНОМ» - «Невский Диалект», 1998. -318с.
7. Алкоголизм: Руководство для врачей// Под ред. Г.В.Морозова, В.Е.Рожнова, Э.А.Бабаяна. -М.: Медицина, 1983. -432с.
8. В.А.Абрамов, С.А.Пуцай, И.И.Кутько. Функциональная диагностика психических заболеваний// Метод. рекомендации. -Донецк, 1990. -14с.
9. Н.Ю.Максимова, К.Л.Мілютіна, В.М.Піскун. Основи дитячої патопсихології: Навчальний посібник. -К.: Перун, 1996. -464с.
10. J.M.Wiener, N.A.Breslin. The behavioral sciences in psychiatry. -New Delhi: B.I.Waverly Pvt Ltd - 1995. -376 p.
11. Карманное руководство к МКБ-10 : Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями). Под ред. Дж.Э.Купер. К.: Сфера, 2000. – 464 с.
12. Діагностичні критерії з DSM-III-R. – Переклад з англійської. – К.: Абрис, 1994. – 272 с.
13. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. Современное состояние проблемы наркоманий в России. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1997.- N 9.- С. 5-10.
14. Руководство по психиатрии (Под ред. А.В.Снежневского). -Т.1. -М: Медицина, 1983. -480с.
15. Клименко Т.В. Патологическое влечение к наркотическим средствам в структуре сочетанной психической патологии: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М. 1996. -33с.
16. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1998. – 528 с.
17. Б.М.Гузиков, О.Ф.Ерышев. Современная тенденция создания терапевтических программ в наркологии. Сб. научн. тр. НИИ им. В.М.Бехтерева, 1989, с.7-11.
18. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1994. – 544 с.
19. Софронов А.Г. Клинико-экспериментальное обоснование новых подходов к оказанию психиатрической и токсикологической помощи при злоупотреблении опиатами. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. С.-Пб. 1995. -41с.
20. D.S.Lebedev, S.V.Teslenko, V.A.Abramov, V.G.Kleshnja, T.M.Levitan. The advantages of addicted patients care in private medical institutions of Ukraine. Mental health policy and economics. Budapest, 1997. P.35.
21. Альтшуллер В.Б., Рохлина М.Л., Стрелец Н.В. и соавт. Стандарты (модели протоколов) диагностики и лечения наркологических больных. Здравоохранение. 1998, №8, с.98-112; №9, с.97-107.
22. Drugs, society and human behavior. Ray O., Ksir Ch. – 5th ed. Times Mirror / Mosby. St.Louis. Toronto. Boston. 1990. 434 p.
23. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Использование нейролептиков в лечении опийной наркомании. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1999.- N 6.- С.29-34.
24. Синицкий В.Н. Наркомания. Современные представления. Врач. дело, 1999.- N 7.- С.23-25.

Поступила в редакцию 26.10.2000г.