

# Основы мониторинга в области профилактики аддикций

***В.В. Аршинова,***

*кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории Медико-психологической реабилитации Московского городского психолого-педагогического университета varsheenova@yandex.ru*

***В.В. Барцалкина,***

*кандидат психологических наук, доцент, заведующая лабораторией Медико-психологической реабилитации Московского городского психолого-педагогического университета bartsalkina50@mail.ru*

***О.В. Глазкова,***

*начальник отдела дополнительного образования Департамента образования города Москвы glazkova-ov@mail.ru*

---

Обсуждаются основы мониторинга профилактической психолого-педагогической деятельности в области зависимого поведения как методологической модели для оценки профилактической деятельности (результатов профессионального вмешательства) и профилактических ресурсов (теоретико-методологические разработки, программ, мероприятий), встроенных в национальные системы профилактики развитых стран. Описывается отечественный и зарубежный опыт мониторинга профилактического пространства в системе образования, проводимого на личностном и социальном уровнях. На основании результатов исследований, осуществленных коллективом авторов статьи, делается вывод о том, что мониторинг должен строиться на едином методологическом профилактическом подходе – теории «устойчивого развития личности». Освещаются принципы оценки профилактической деятельности и процедуры, приводятся примеры стандартизированного и широко распространенного за рубежом диагностического инструментария. Предлагается алгоритм оценки эффективности психолого-педагогической профилактической деятельности образовательных учреждений, даются рекомендации по ее дальнейшему планированию.

**Ключевые слова:** профилактика аддикций, мониторинг, принципы оценки, диагностический инструментарий, управление качеством.

---

Сравнение сложившейся отечественной ситуации в области профилактики и реабилитации аддиктивного поведения среди детей и подростков с современными требованиями к системам профилактической и реабилитационной деятельности выявляет слабости отечественного подхода и сильные стороны западных стран.

Особенно остра проблема оценки качества и эффективности профилактической

деятельности в области аддиктивного поведения (далее – мониторинг), которая не менее значима, чем теоретические знания в этой области. Значимая роль в оценке результатов принадлежит диагностическому инструментарию, разработанному в рамках теории или привлеченному извне и дающему возможность определить предлагаемый теорией показатель. Наши исследования позволяют утверждать, что диагностический инструментарий в области профилактики зависимого поведения – это не хаотичный набор диагностических методик, а спланированные процедуры мониторинга, выстроенного в соответствии с определенными принципами.

**Принципы оценки профилактической деятельности в области аддикций.** В процессе исследований было выявлено, что оценка качества и эффективности профилактической деятельности в области аддикций представляет собой набор процедур, объединенных единой методологической базой. Регламент оценки состоит из следующего ряда процедур: выбор диагностического инструментария, сбор данных, анализ полученных результатов, разработка рекомендаций, моделирование, планирование деятельности.

Методология такого мониторинга строится на основании следующих принципов: массовость, адресность, доступность, одномоментность, возрастная принадлежность, социокультурный контекст.

**Принцип массовости** означает, что выбранный диагностический инструментарий как следствие планирования результатов и моделирования необходимо подбирать с учетом максимального охвата профилактируемых лиц. В этом принципе заложены:

- простота исполнения процедур диагностики и сбора первичных данных;
- четкость в выстраивании статистической обработки;
- снижение экономических показателей в затратах на проведение исследований.

Всем этим критериям соответствует понятие о скрининге профилактической ситуации, возникающей в период противостояния индивида, семьи, группы лиц или сообщества агентам зависимости. Ниже будут рассмотрены стандартизированные методики, известные в международной практике.

**Принцип адресности** на первый взгляд противоположен принципу массовости. Однако более детальное рассмотрение показывает, что адресность означает персонально доступную процедуру как диагностики, так и понимания результатов, итогов планирования и последовательности моделирования. Этот принцип в равной степени относится к каждой стороне – участнице мониторинга: к профилактируемым (индивид, семья, группа лиц или сообщество) и заказчикам мониторинга (государственные структуры, управление системой образования, руководители учреждения, предприятия, общественные организации и др.)

**Принцип доступности** в деятельности профилактики аддикций означает, что каждый человек, семья, группа лиц или сообщество вне зависимости от социальных, культурных,

религиозных условий имеет возможность участвовать в необходимых диагностических процедурах. Этот принцип исключает любой вид дискриминации в определении выборки участников мониторинга.

**Принцип одномоментности** означает, что процедура диагностики и сбора первичных результатов при значительном охвате профилируемых лиц или территорий требует проводить широкомасштабные исследования с минимальным временным интервалом. При этом необходима специальная подготовка диагностического инструментария для on-line (в Интернете на веб-порталах) или off-line (с помощью электронных и бумажных носителей информации) исследования.

**Принцип возрастной принадлежности** требует построения процедур мониторинга с учетом возраста профилируемых лиц. Это относится ко всем процедурам: диагностическим методам, сбору первичного материала, разработке рекомендаций, моделированию и планированию профилактической деятельности. Этот принцип определяет подготовку персонала, обслуживающего мониторинговый процесс, к четко прописанной последовательности процедур, заполнению диагностического опросника. Анализ первичных данных, моделирование и планирование также разрабатываются с учетом возраста целевых групп.

**Принцип социокультурного контекста** весьма значим в проведении мониторинга. Так же, как и предыдущие принципы, он охватывает практически все процедуры мониторинга. Начинается он с соответствия языка опросников и языка, на котором преимущественно изъясняется целевая группа. Вся языковая палитра отражается не только в корректности перевода, немаловажное значение имеет и смысловой контекст перевода. Поэтому все предлагаемые методики необходимо адаптировать к социокультурным условиям, какими бы простыми они, на первый взгляд, ни казались.

Таким образом, можно утверждать, что следование принципам оценки качества и эффективности профилактики аддиктивного поведения при разработке конкретной методологии мониторинга позволит выстроить четкую организационную политику профилактики и повысить управляемость и результативность планируемых результатов.

**Процедуры мониторинга профилактики аддикций.** Весной 2012 г. при активной поддержке Департамента образования Москвы стартовал пилотный проект, который был направлен на мониторинг профилактической деятельности в области аддиктивного поведения в образовательных учреждениях Москвы и повышение квалификации специалистов сферы образования в пяти административных округах Москвы по курсу «Современные подходы к проблеме зависимости, стратегии и методы профилактики аддиктивного поведения» (72 часа), разработанному в МГППУ. Предполагалось, что результаты мониторинга и повышение квалификации специалистов обеспечат

необходимые условия для дальнейшего поступательного движения, направленного на повышение качества деятельности в сфере образования в области профилактики аддикций.

В результате исследований нами были выстроены процедуры мониторинга профилактики аддикций в следующей последовательности: диагностический инструментарий; анализ данных и рекомендации; планирование профилактической деятельности; математическое моделирование; управление качеством мониторинга.

Далее мы рассмотрим процедуры мониторинга профилактики аддикций более подробно.

**Диагностический инструментарий.** При рассмотрении диагностики профилактики зависимого поведения обращает на себя внимание разнообразие диагностического инструментария. Наряду с психологическими и социологическими методами активно используются биологические, генетические, медицинские, криминалистические и другие методы исследования.

Для широкомасштабных и распространенных методов исследования в области профилактики зависимого поведения применяются так называемые скрининг-исследования с помощью опросников стандартизированного и специального назначения. Диагностический инструментарий можно подразделить на группы методов по цели исследования.

Стандартизированный зарубежный диагностический инструментарий, широко применяемый для оценки профилактики аддикций за рубежом, выстроен нами по области их применения [11]. Далее представлены группы с примерами методик, описанные многими отечественными и зарубежными авторами [5; 7; 8; 9; 10].

*Степень погружения в зависимость:* «Опросник для увлеченных никотином» («HONC – Hooked On Nicotine Checklist's»); «Фагерстром-тест на никотиновую зависимость» («FTND – Fagerström test for nicotine dependence»); «Миннесотский многопрофильный опросник» («MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory»); «Индекс тяжести зависимости (ИТЗ)».

*Риски здоровью от агентов зависимости:* «Шкала Интернет- зависимости Чена» («CLAS Chinese Line Addiction Score»); «Мичиганский тест на алкоголь» («MAST – Michigan Alcohol Screening Test»); «Антинаркотическая установка (АНУ)».

*Профилактическая ситуация:* «Оценка риска здоровью» («HRA – Health Risk Appraisal»), «Вектор воспитания образовательного учреждения (ВБОУ)», «Мониторинг Будущего» («MTF – Monitoring the Future»), «Устойчивое развитие личности (УРЛ)».

**Анализ данных и рекомендации.** Анализ первичных данных, полученных в результате проведения диагностических процедур, включает в себя четкое следование определенному разработанному алгоритму оценки. Он содержит разъяснительную часть и статистическую обработку результатов.

Задачи *разъяснительной части* могут быть в свою очередь разделены на несколько частей. Наиболее часто выделяются три части, в которых раскрываются:

- статические условия (которые, например, могут быть достигнуты с помощью единого перекрестного исследования) и выборка исследования, кросс-когорты;
- временные этапы более длительных, лонгитюдных исследований внутри поколений и межпоколенные исследования (как правило, повторяющиеся);
- изменения, связанные со старением (как правило, осуществляются с помощью продольных исследований).

Большое значение придается методам статистической обработки результатов и их заданной обязательности при каждом (ежегодном) исследовании.

**Алгоритм оценки и анализ разработки рекомендаций** в области профилактики аддиктивного поведения включает в себя: ситуативность, результативность, эффективность, качество.

*Ситуативность* — это оценка и выработка рекомендаций по профилактике зависимого поведения, которые опираются только на данные проведенного исследования без учета предыдущих исследований и построения будущих трендов. Например, после обработки первичной информации в апреле 2011 г. в рамках проекта «Профилактика табакокурения в студенческой среде» нами было установлено, что среди московских студентов в возрасте 18–20 лет, оканчивающих I курс гуманитарных специальностей, «чистые», т.е. находящиеся вне табакокурения и табачного дыма, составляют 15,02 % от всей выборки (146 студентов), активно курящие студенты – 41,5 %, а пассивные курильщики – 41,48 % [1].

*Результативность*, или достижимость запланированных показателей, определяется посредством сравнения того, что получено в данном исследовании, с тем, что было запланировано при профилактическом вмешательстве в прошлом. Результативность также может выстраиваться на основе анализа статистических трендов (прогнозов) изменяющихся показателей.

В том же исследовании при сравнении полученного нами показателя с показателями ESPAD (2007 г.) выяснилось, что люди, курящие табак в 25-летнем возрасте, среди жителей России составляют 53,7 % в целом по популяции [3]. Это показывает, что предложенный нами метод исследования близок к исследованиям ESPAD только по одной позиции – активно курящих студентов.

*Эффективность* рассчитывается, исходя из показателей экономии ресурсов по различным аспектам профилактической деятельности. Эффективность также измеряется путем сравнения прошлых и прогностических показателей. Эффективность нередко касается средств, затраченных на проведение тех или иных видов работ, и их конечного

результата. Например, эксперты многих стран мира отмечают высокий экономический эффект телематической медицины (услуги оказываемые дистанционно, посредством радио-, теле-, он-лайн Интернет-управлением состоянием человека), внедрение которой в практику позволяет на каждый вложенный в нее 1 доллар экономить до 10 долларов США.

**Качество** алгоритма оценки и разработки рекомендаций позволяет определить заранее выбранный набор индикаторов. Высокий уровень качества достигается статистической обработкой, использованием современных статистических программ и методов анализа. Например, SPSS сегодня выпускает компьютерное программное обеспечение для оценки вопросов, касающихся здоровья [4].

Особенно важно отметить, что такой подход к мониторингу в сфере профилактики зависимого поведения позволяет в рекомендациях опираться на достоверные статистические показатели.

**Планирование профилактической деятельности.** Важным этапом в мониторинге профилактики зависимого поведения является планирование профилактической деятельности. Оно должно быть выдержано в особой последовательности.

Направленность алгоритма планирования в области профилактики зависимого поведения включает в себя:

- стратегию профилактического вмешательства;
- комплексный подход с учетом системных звеньев;
- прогноз результата от профилактического вмешательства.

Планирование необходимо начать с выбора основной стратегии профилактического вмешательства. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), существуют три основных стратегии (направления) профилактики предотвращения потребления химических веществ. Однако нами установлено, что немаловажным является еще одна – четвертая – стратегия профилактики химической зависимости.

Перечислим эти **стратегии** и их цели.

1. **Сокращение спроса.** Стратегия нацелена на уменьшение тяги к психоактивным веществам и готовности их доставать и применять. Такая стратегия, целью которой является уменьшение потребления и/или увеличение интервалов между приемами вредных веществ, включает в себя деятельность, направленную на полный отказ от них.
2. **Сокращение поставок.** Стратегия нацелена на прекращение производства и поставок запрещенных психоактивных веществ (наркотиков), а также, в некоторых случаях, на ограничение доступа к разрешенным веществам (наркотикам). В высших учебных заведениях такая стратегия включает в себя меры по запрету потребления, хранения и продажи запрещенных веществ (табак,

алкоголь, наркотики) на территории вуза.

**3. Уменьшение негативных последствий злоупотребления психоактивных веществ.**

Стратегия нацелена на уменьшение влияния таких веществ на отдельных лиц и сообщество и сокращение деятельности, связанной с их производством и распространением. Такая стратегия иногда называется стратегией «уменьшения вреда».

**4. Предотвращение действия психоактивных веществ.** Стратегия нацелена на недопущение приема психоактивных веществ человеком и его окружением, умение выстраивать жизненный путь без употребления психоактивных веществ.

Сфера образования охватывается третьей стратегией – уменьшение негативных последствий от злоупотребления психоактивных веществ и четвертой – предотвращение действия психоактивных веществ.

Например, в проекте «Профилактика табакурения в образовательной среде» в 2009–2010 гг. была разработана четвертая стратегия, приемлемая, на наш взгляд, для сферы образования. Сегодня ее полноправно можно назвать стратегией здорового образа жизни [1].

Борьбу с никотиновой зависимостью, получившую большой общественный резонанс, активно разворачивает в последнее время ВОЗ. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе с табачной зависимостью предусматривает ряд мероприятий, проводимых на государственном уровне, по стратегиям, направленным:

- на ужесточение контроля за производством табачных изделий;
- ограничение рекламы различных видов табачной продукции и курения в целом;
- разработку, совершенствование и внедрение в практику методов оказания медицинской помощи при отказе от курения;
- профилактику курения среди детей и подростков.

В США, Великобритании, Канаде, Франции эффективно работают масштабные программы борьбы с табакокурением [9].

Планирование будущих результатов складывается из предполагаемых показателей:

- оптимизации взаимодействия объектов и субъектов профилактики;
- снижения риска здоровью от агентов зависимого поведения;
- уменьшения степени погружения в зависимость;
- другое.

**Математическое моделирование.** Крайне необходимый и ответственный этап мониторинга – это математическое моделирование профилактического вмешательства в области профилактики. При наличии многочисленных математических моделей этого

направления информация о них остается преимущественно закрытой. О масштабах программирования можно судить по отдельным исследованиям и описаниям моделей профилактики зависимого поведения. Из опыта исследований, проводимых группой исследователей (В.В. Аршинова, В.В. Барцалкина, Н.Б. Флорова, О.Н. Усанова, Н.В. Мацуй, Е.П. и др.), стало очевидным, что математические модели в области профилактики аддикций должны отвечать особым требованиям точности и прогнозирования [2].

Требования к математическим моделям профилактического вмешательства: универсальность, масштабируемость, тиражируемость, идентификация.

**Универсальность** – разработка свойств, применимых при комплексных методах исследования профилактической деятельности.

**Масштабируемость** – свойство моделей, позволяющее одновременно применять их как индивидуально, так и для моделирования профилактических вмешательств на уровне семьи, группы лиц и сообществ с учетом возрастных и социокультурных особенностей целевых групп.

**Тиражируемость** – обеспечение многократного применения модели в различные временные промежутки и на различных уровнях организации. Например, в сфере образования математическую модель можно применить для планирования результативности муниципального, регионального и федерального уровней. Ее можно применять ежегодно, без пересмотра в течение 5 лет.

**Идентификация** в моделировании достигается через включение в нее кластерных методов. Кластеры – это теоретические зоны, ограничивающие специальные профилактические пространства с учетом ресурсов для профилактики и рисков профилактического вмешательства. Например, модель профилактики аддикций для студентов вузов будет отличаться от модели профилактики для работающей молодежи или для военнослужащих.

**Управление качеством мониторинга.** В современном мониторинге большое значение придается управлению качеством мониторинга профилактического вмешательства в области зависимого поведения. Это направление включает в себя следующие позиции: точность измерений; доказательность показателей; преимущество полученных результатов; симметричность оцениваемых результатов; рейтинги.

**Точность измерений** включает в себя достаточно известную палитру работ, относящихся к выборке исследования и выбору методов исследования.

**Доказательность показателей** в управлении качеством мониторинга заключается в особом отношении к процедурам исследования. Сегодня *существует «доказательная профилактика» зависимого поведения, под которую разрабатывают определенный перечень процедур*, позволяющих достичь необходимого качества исследований [9]. Это



рандомизированные исследования.

*Рандомизация* представляет собой распределение участников исследования по группам таким образом, чтобы каждый из них имел известные и равные шансы оказаться в одной из групп, иными словами, – возможность осуществлять свободную выборку при оценке результатов исследования. Рандомизированные клинические испытания проводятся с плацебо-контролем. Однако использовать плацебо не всегда возможно, иногда – по этическим соображениям (в этих случаях группа сравнения получает другое вмешательство и проводится сравнение различных видов вмешательства). Для количественной оценки результатов рандомизированного исследования применяются следующие показатели: абсолютный и относительный риск, разность рисков, атрибутивная фракция и др.

Применяется также так называемый контролируемый эксперимент – исследование, в ходе которого исследователь активно внедряет один или несколько факторов (или имеет возможность управлять ими), представляющих непосредственный интерес, в то время как другие факторы остаются неизменными или контролируются. Его можно проводить в форме выделенных контрольных профилируемых групп, на которых не распространяется исследуемый фактор.

**Преимственность полученных** результатов подразумевает состыковку прежних исследований с вновь введенными методами диагностики, а также возможность сравнения данных, полученных в комплексных исследованиях.

**Симметричность оцениваемых результатов** закладывается на уровне разработки диагностического материала и статистической обработки данных.

**Рейтинги** в области профилактической деятельности рассматриваются через призму качества профилактического вмешательства. В данном случае качество профилактики основывается на уплотнении, свертывании информации по различным аспектам профилактической деятельности, что позволяет выстраивать соответствующие рейтинги. Сегодня существуют рейтинги национальных систем психического здоровья, рейтинги профилактических программ, рейтинги учреждений, осуществляющих профилактическую деятельность, и многие другие.

Таким образом, можно сделать вывод, что современная профилактика зависимого поведения опирается на три столпа – научную теоретическую базу профилактического вмешательства и возникновения зависимостей, мониторинг профилактики и практику осуществления профилактического вмешательства. Принципы мониторинга в области профилактики зависимого поведения позволяют обеспечивать в целом качество профилактической работы и принимать необходимые управленческие решения.

## Литература

1. *Аршинова В.В.* Комплексный подход в решении проблем профилактики химической зависимости// Профилактика табакокурения в молодежной среде: Сборник научных трудов и результатов практической работы / Под ред. О.Н. Усановой/ Институт психологии и педагогики. М., 2009.
2. *Аршинова В.В., Барцалкина В.В., Борисов Е.П., Дмитриева Н.Г., Флорова Н.Б.* Границы субъективного антитабачного профилактического пространства подростков старшей возрастной группы// Электронный журнал «Психологическая наука и образование»: www.psyedu.ru. 2010. № 2.  
<http://www.psyedu.ru/journal/2011/2/2123.phtml>
3. *Европейский проект* школьных исследований по алкоголю и наркотикам в Российской Федерации – «ESPAD – 2007»/ Под общ. ред. Е.А. Кошкиной. М., 2009.
4. *Официальный сайт SPSS* <http://www.spss.com>
5. *Пособие для медицинских работников по консультированию пациентов для отказа от курения* / Под ред. К. Хорте, С. Коллеман. М., 2010.
6. *Реализация принципов ДМ: Экспериментальные исследования.* Рандомизированные контролируемые испытания//Российско-шведский проект «Инфекционный контроль ЛПУ СЗФО». Электронная версия:  
[http://epidept.spb.ru/Content/SSI/General/content/theme10\\_11.htm](http://epidept.spb.ru/Content/SSI/General/content/theme10_11.htm).
7. *Сидоров П.И.* Наркологическая превентология: Руководство. М., 2006.
8. *Сидоров П.И.* Преподавание наркологии и антиалкогольное воспитание студентов-медиков // Здоровоохранение РФ. 1990. № 9.
9. *Сперанская О.И.* Табачная зависимость: перспективы исследования, диагностики, терапии: Руководство для врачей. М., 2011.
10. *Шпилея Л.С.* Проблемы организации в Санкт-Петербурге реабилитационной среды для лиц, нелегально употребляющих наркотические средства// Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация»/Под ред. В.В.Барцалкиной, Н.Б.Флоровой, В.В.Аршиновой. М., 2011.
11. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR* American Psychiatric Association. Arlington, VA, USA. 2000.

# The essential monitoring in the sphere of addictions prevention

***V.V. Arshinova,***

*Ph.D in Psychology, senior researcher at the Laboratory for medical and psychological rehabilitation of the Moscow State University of Psychology and Education varsheenova@yandex.ru*

***V.V. Bartsalkina,***

*Ph.D in Psychology, assistant professor, head of the Laboratory for medical and psychological rehabilitation of the Moscow State University of Psychology and Education bartsalkina50@mail.ru*

***O.V. Glazkova,***

*Head of extracurricular education section of the Moscow Department of Education glazkova-ov@mail.ru*

---

The essentials of monitoring of professional educational and psychological activity in the sphere of addictive behavior are discussed as the methodological model for preventive activities (results of professional interventions) and prevention resources (handbooks, programs, events) assessment, which are embedded into national prevention systems of developed countries. The Russian and foreign experience of monitoring of preventive environment within the education system, carried out at personal and social levels, is described. The authors' research results into conclusion that such monitoring should be based on the unified methodological preventive approach – “sustainable personal development” theory. The principles and procedures of assessment of professional activity are outlined, the examples of widespread standardized diagnostic tools are provided. The algorithm of efficiency assessment of psychological and educational activity in educational institutions is provided as well as recommendations on its further planning.

**Keywords:** addictions prevention, monitoring, principles of assessment, diagnostic tools, quality management.

---

## References

1. *Arshinova V.V.* Kompleksnyi podhod v reshenii problem profilaktiki himicheskoi zavisimosti// Profilaktika tabakokureniya v molodezhnoi srede: Sbornik nauchnykh trudov i rezul'tatov prakticheskoi raboty / Pod red. O.N. Usanovoi/ Institut psihologii i pedagogiki. M., 2009.

2. *Arshinova V.V., Barcalkina V.V., Borisov E.P., Dmitrieva N.G., Florova N.B.* Granicy sub'ektivnogo antitabachnogo profilakticheskogo prostranstva podrostkov starshei vozrastnoi gruppy// Elektronnyi zhurnal «Psihologicheskaya nauka i obrazovanie»: www.psyedu.ru. 2010. № 2. <http://www.psyedu.ru/journal/2011/2/2123.phtml>
3. Evropeiskii proekt shkol'nyh issledovaniy po alkogolyu i narkotikam v Rossiiskoi Federacii □ «ESPAD □ 2007»/ Pod obsh. red. E.A. Koshkinoi. M., 2009.
4. Oficial'nyi sait SPSS <http://www.spss.com>
5. Posobie dlya medicinskih rabotnikov po konsul'tirovaniyu pacientov dlya otказа ot kureniya / Pod red. K. Horte, S. Kolleman. M., 2010.
6. Realizaciya principov DM: Eksperimental'nye issledovaniya. Randomizirovannyye kontroliruemye ispytaniya//Rossiisko-shvedskii proekt «Infekcionnyi kontrol' LPU SZFO». Elektronnyaya versiya: [http://epidept.spb.ru/Content/SSI/General/content/theme10\\_11.htm](http://epidept.spb.ru/Content/SSI/General/content/theme10_11.htm).
7. *Sidorov P.I.* Narkologicheskaya preventologiya: Rukovodstvo. M., 2006.
8. *Sidorov P.I.* Prepodavanie narkologii i antialkogol'noe vospitanie studentov-medikov // Zdravoohranenie RF. 1990. № 9.
9. Speranskaya O.I. Tabachnaya zavisimost': perspektivy issledovaniya, diagnostiki, terapii: Rukovodstvo dlya vrachei. M., 2011.
10. *Shpilena L.S.* Problemy organizacii v Sankt-Peterburge reabilitacionnoi sredy dlya lic, nelegal'no upotrebyayushih narkoticheskie sredstva// Materialy Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferencii s mezhdunarodnym uchastiem «Addiktivnoe povedenie: profilaktika i reabilitaciya»/Pod red. V.V.Barcalkinoi, N.B.Florovoi, V.V.Arshinovoi. M., 2011.
11. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR* American Psychiatric Association. Arlington, VA, USA. 2000.