

**ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЦЕБО В ПОСТСОВЕТСКОМ ПЕРИОДЕ:
ГНОСЕОЛОГИЯ И ЗНАЧЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛИЗМА В РОССИИ*
ЧАСТЬ I**

Евгений Райхель

*Университет Чикаго, 5730 South Woodlawn Avenue
Chicago, Illinois 60637, USA, e-mail: eraikhel@uchicago.edu*

Реферат. Изучены гносеологические и институциональные условия, способствующие практике «терапии плацебо», данные о которых собирались в течение 14 месяцев в наркологических клиниках Санкт-Петербурга. Широкое использование наркологами методов терапии, основанных на применении внушения, дисульфирама — антагониста алкоголя, сформировалось под влиянием клинического стиля мышления, специфического для советской и постсоветской психиатрии.

Ключевые слова: алкоголизм, лечение алкогольной зависимости, наркология, плацебо, лекарственные препараты, российская психиатрия.

СОВЕТ ЧОРЫННАН СО• ГЫ ЕЛЛАРДА ПЛАЦЕБО
КУЛЛАНУ: ГНОСЕОЛОГИЯ ••М РОССИЯД•
АЛКОГОЛИЗМНАН Д•ВАЛАУДАГЫ •••МИЯТЕ

Евгений Райхель

Чикаго университеты 5730, South Woodlawn Avenue
Chicago, Illinois 60637, USA, eraikyel@uchicago.edu

“Плацебо терапиясе” практикасына ярд•м ит• торган гносеологик һ•м институциональ шартлар өйр•нел• (•леге шартлар турындагы м•гълуматлар 14 ай д•вамында Санкт-Петербург наркология клиникаларында туплана), Гипноз, алкогольне• антогонисты-дисульфирам куллануга нигезл•нг•н д•валуа ысулларыны• наркологлар тарафыннан ки• кулланылуы фикерл•үне• совет чоры һ•м аннан соңгы чор психиатриясе өчен хас клиник стиле т•эсиренд• формалаша.

Төп төшенч•л•р: алкоголизм, алкогольг• б•йлелекне д•валуа, наркология, плацебо, дару препаратлары, Россия психиатриясе.

PLACEBO USAGE IN POST-SOVIET PERIOD:
EPISTEMOLOGY AND ITS USAGE IN ALCOHOLIC
TREATMENT IN RUSSIA

Eugene Raikhel

Department of Comparative Human Development
5730 South Woodlawn Avenue Chicago, Illinois 60637,
USA, e-mail: eraikhel@uchicago.edu

This article examines the epistemological and institutional conditions which facilitate this practice of “placebo therapy”, for which data had been collected during 14 months of fieldwork

at narcological clinics in St. Petersburg. Wide usage of therapeutic methods, based on suggestion and use of disulfiram - an alcohol antagonist, was formed by a clinical style of reasoning specific to a Soviet and post-Soviet psychiatry.

Key words: alcoholism Substance dependence treatment Addiction medicine, Placebo, Pharmaceuticals, Russian psychiatry

В периоде глобальных социальных преобразований в России на протяжении 1990-х и в начале 2000-х гг. уровень распространения алкогольной зависимости и вреда, причиненного употреблением алкоголя, существенно повысился, при этом значительно возрос уровень смертности и резко сократилась продолжительность жизни мужского населения [82, 93, 94]. Хотя уточнение механизмов этого процесса остается предметом широкой дискуссии, эпидемиологи и исследователи проблем общественного здравоохранения в целом согласны, что употребление и злоупотребление алкоголем, а также алкогольная зависимость существенным образом повлияли на эти вызывающие тревогу показатели [4, 5, 34, 42]. Более того, в периоде ухудшения эпидемиологической ситуации российское государство сокращало свое вмешательство в сферу общественного здравоохранения, включая роль, которую Советский Союз играл в регулировании производства алкогольной продукции и потреблении алкоголя¹. Одним из последствий такой ситуации явилось то, что алкоголизм, который прежде рассматривался как болезнь общества, подспудно стал восприниматься как индивидуализированное заболевание, требующее

¹ Последним и наиболее заметным вмешательством была антиалкогольная кампания, которая проводилась во время первой половины пребывания Михаила Горбачева на посту генерального секретаря с мая 1985 по 1988 г. и характеризовалась запретами на употребление алкоголя [107, 133].

* Перевод канд. мед. наук М.Л. Зобина

медикаментозного лечения. Таким образом, несмотря на то что медико-биологические объяснения чрезмерного употребления алкоголя остаются непопулярными среди непрофессионалов и большей части населения России, методы медицинской (и квази-медицинской) терапии получили широкое распространение в качестве основных средств лечения алкоголизма.

Особенно популярным и распространенным методом лечения является использование вводимого посредством инъекции или имплантируемого депо дисульфирама — препарата, нейтрализующего действие алкоголя, который наркологи часто заменяют химически нейтральными веществами. В то время как наркологи представляют пациентам данный метод терапии как «химзащиту», сильнодействующую фармакологическую терапию, которая приводит их организм в состояние неспособности перерабатывать алкоголь, между собой они часто называют данный метод «терапией плацебо» и подчеркивают его связь с механизмами внушения. Подобные клинические подходы применяются в России с 1950-х гг., и, по данным некоторых источников, химзащита и близкие к ней методы в настоящий момент составляют большинство технологий пролонгированного воздействия при лечении алкоголизма, предлагаемых наркологами [9, 10, 16].²

Такие методы терапии в России также часто являются предметом дискуссий: их признают негодными по различным причинам клинического, этического и политического характера. Сторонники подходов к лечению, основанных на программе «Двенадцать шагов», критикуют их за невнимание к лежащим в основе алкоголизма эмоциональным и духовным проблемам, а защитники программы снижения вреда — за то, что они ложно представляются как «методы исцеления» хронического заболевания [10]. Даже многие клиницисты, которые применяют химзащиту, указывают на то, что, хотя она часто

² Владимир Менделевич [10] сообщает о результатах исследования, которые показывают, что такие методы «составляют до 80% всех методов терапии, предлагаемых официальной и неофициальной российской наркологией». Хотя я не проводил систематического обзора, ряд сходных методов, основанных на внушении, включая дисульфирам, кодирование, эмоционально-стрессовую психотерапию, нейролингвистическое программирование (НЛП), эриксоновский гипноз и подсознательное внушение, составляли подавляющее большинство методов лечения, предлагаемых в государственных и коммерческих клиниках, в которых я побывал.

оказывается успешной в содействии кратковременным ремиссиям, пациенты редко видят необходимость дополнять ее более продолжительными психосоциальными воздействиями, что ведет к циклу все менее успешных и все более коротких ремиссий [2, 16]. Неудивительно, что критические замечания со стороны врачей, приезжающих из Западной Европы и Северной Америки, часто сфокусированы на невнимании, которое, как им кажется, проявляется в таких методах терапии по отношению к нормативной модели автономии пациента, когда вместо лечения пациентов как автономных, разумных и (потенциально) самоосознающих личностей, данные методы используют «неведение людей» и их «веру» для поддержания страха, который заставляет людей воздерживаться от употребления алкоголя [44, 48, 99]. Согласно такому мнению, механизм, лежащий в основе химзащиты, очень прост. Он состоит в том, что врач убедительно говорит своему пациенту: «Выпьешь — умрешь» [21].

В настоящей статье я обращаюсь к историческому и этнографическому исследованию с целью изучить, почему, несмотря на подобную критику, химзащита остается среди врачей и пациентов популярной формой лечения в современной России. В частности, я отслеживаю, как методика лечения дисульфирамом в России сформировалась под воздействием клинического стиля мышления, специфического для советской и постсоветской психиатрии, мышления, которое само являлось продуктом советской идеологии в области знаний о психике и мозге и правомерность которого вызывает сомнения³. Полагаю, что такой стиль мышления способствовал тому, что наркологи стали воспринимать лечение дисульфирамом, скорее, как поведенческую, нежели фармакологическую терапию, и побудил их усилить воздействие на пациентов, направив внимание на перформативные аспекты взаимоотношений врача и пациента, а также на расширение представлений об этой терапии как эффективного метода лечения. Более того,

³ В настоящей статье использовано понятие «стиль мышления», заимствованное Хакингом [57] из работ Флека [46] и далее уточненное Юнгом [138, 139]. «Стиль мышления», — пишет Юнг [139], — «включает представления, практики, исходный материал, технологии и объекты.... Обычно это самоустанавливающий способ создания фактов, из которых он генерирует свои собственные истинные условия».

в большинстве случаев такие методы терапии основывались на строгой иерархии отношений между врачом и пациентом и содействовали укреплению подобного стиля взаимоотношений.

В течение двух последних десятилетий медицинские антропологи все больше обращали внимание на распространение и значение систем терапии и их изложение в различных непрофессиональных и профессиональных каузальных моделях, идиомах дистресса, системах целительства и локальных представлениях об их эффективности, а также на их место в глобальной политико-экономической сфере здоровья [39, 102, 130, 135]. Такое внимание на лечебных технологиях было особенно важным для ученых, исследующих как биологизация психиатрии, наряду с неолиберальной реформой здравоохранения во многих странах, способствовала усилению акцента на лекарственном воздействии в лечении психических заболеваний [61, 76, 86, 109, 117]. Хотя алкоголизм и наркомания не рассматривались как биомедицинская или психиатрическая проблема довольно долго, по крайней мере, в англоязычных странах [128], в последние годы в некоторых кругах медицинского сообщества заметно возрос интерес к фармакологическим методам лечения алкогольной и наркозависимости, включающим препараты, ослабляющие нейрхимическое воздействие опиатов или алкоголя и к тем из них, которые подавляли влечение [85, 95, 128, 132].

Исследуя эти разработки, Николас Роуз и другие специалисты в области общественных наук, заявили, что в то время как нейробиологические интерпретации мышления и поведения человека выходят за пределы лаборатории, соматическое восприятие самого себя все больше подменяет личностно-психологическую интерпретацию субъекта, характерную для двадцатого столетия [109, 131, 132]. Эта «нейрхимическая индивидуальность» связывается Роузом с типично неолиберальным способом определения патологического поведения или влечения в случае зависимости. Новой нормой является не просто индивид, максимально реализующий себя, а личность, которая усваивает функции, некогда исполняемые суверенным государством или общественными институтами, принимая на себя ответственность за умение справляться со своими чувствами и желаниями [110]. Однако, как показали антропологи и историки, существуют основания для скептического отношения к

аргументам, которые ставят в заслугу нейронауке и психиатрии такой эпохальный и однонаправленный сдвиг в оценке личностных характеристиках и саморегуляции.⁴ По крайней мере, очевидным является то, что диагностические категории и методы лечения, предлагаемые психиатрией, подвергаются сомнениям или слегка трансформируются, когда переходят из экспериментальных в клинические условия или из условий одной культуры в условия другой [52, 73, 74, 76, 84, 113, 114, 119]. Четкость в описании возникновения концепции «соматического я» также нарушается исследованиями структуры личности и разграничениями понятий психики и мозга, лежащими в основе различных направлений этнопсихиатрии [53, 92, 138]. Российская практика химзащиты особенно значима для этих дискуссий, поскольку она определенно ставит под сомнение ряд разграничений, доминирующих в клинической практике Северной Америки и в литературе по общественным наукам: различий не только между соматическим и психологическим, но и между фармакологией и психотерапией, между лекарственным препаратом и плацебо.

Статья построена следующим образом: после краткого описания собственных методов исследования в городской наркологической больнице Санкт-Петербурга, в которой собирался материал, я описал случай лечения больного дисульфирамом. Для исследования деталей данного метода лечения мне пришлось обратиться к медицинской литературе о дисульфираме, изданной на английском языке и изучить, как дисульфирам использовался в Советском Союзе, проследить развитие нейрофизиологического стиля мышления в советской психиатрии и вытекающих из него подходов к лечению алкоголизма. В последующих разделах мною описано клиническое применение химзащиты с изучением понимания этой терапии как врачами, так и пациентами и ее зависимости от иерархии в отношениях между врачом и пациентом, меняющейся в процессе перехода к постсоветскому политическому и экономическому строю. Статья заканчивается анализом значения метода химзащиты для понимания антропологических аспектов психиатрии.

⁴ Другие ставят под вопрос предполагаемую новизну «соматического я». Как отмечает Нэнси Кэмпбелл [31], описывая широкое распространение психотропных лекарственных препаратов в Северной Америке с 1950-х гг. по наши дни, «мы становимся «нейрхимическими я» уже длительное время.

Методы и этнографические условия исследования

Материалом для настоящей статьи явились данные, собранные в течение 14 месяцев работы в ряде лечебных наркологических учреждений Санкт-Петербурга (Россия) в 2002—2004 гг. Основной объем материала, представленный здесь, был специально собран в ходе интервью и наблюдений, проводившихся в муниципальной наркологической службе. Он включает 30 интервью с пациентами и 24 — с врачами-наркологами, а также многочисленные неформальные беседы и разговоры. Кроме того, мною проведен сбор данных в одной коммерческой наркологической клинике и в благотворительном реабилитационном центре, использующем программу «Двенадцать шагов», взяты интервью у нескольких наркологов и психиатров, занимающихся частной практикой, прослушан ряд обучающих лекций по наркологии для врачей, обсуждений на открытых собраниях «анонимных алкоголиков», сеансов, проводившихся самопровозглашенным «православным психотерапевтом» и, наконец, выполнено обширное исследование научной и медицинской литературы по алкогольной зависимости и ее лечению, опубликованной на русском языке. На протяжении всей статьи я ссылаюсь на эти печатные источники, чтобы показать связь современных клинических методик с категориями и стилями мышления, доминирующими в советской психиатрии и наркологии.

Данный проект был одобрен экспертным советом моего университета (на тот момент это был Принстонский университет), а также Департаментом здравоохранения Санкт-Петербурга. Для обеспечения конфиденциальности в отношении лиц, предоставивших информацию, всем пациентам и врачам, у которых брал интервью в наркологической службе, были даны псевдонимы или общие наименования (т.е. «старший нарколог»), а некоторые идентификационные данные были изменены.⁵ Хотя я называю врачей, которые изложили свои взгляды в

предыдущих публикациях, их настоящими именами (Александр Софронов), тем не менее не приписываю им каких-либо утверждений, существенно выходящих за рамки тех, которые уже были сделаны ими в публикациях.

Во время настоящего исследования наркологическая служба Санкт-Петербурга состояла из диспансеров в каждом административном районе города и центральной муниципальной наркологической больницы на 500 коек, куда пациентов направляли на госпитализацию. Хотя многие аспекты лечения алкогольной зависимости в России коренным образом изменились в 1990-х гг., общая структура финансируемой государством сети учреждений не претерпела существенных изменений с 1970-х гг., когда была учреждена советская наркологическая служба.

Советская система представляла собой некий гибрид, состоявший как из медицинских учреждений Министерства здравоохранения, так и из исправительно-оздоровительных учреждений Министерства внутренних дел — главного ведомства советских органов правопорядка. Хотя эти учреждения были призваны реализовать конкретные дисциплинарные и профессиональные представления о природе, этиологии и оптимальных методах лечения алкоголизма, восприятие алкоголизма как проблемы, связанной с укреплением общественного порядка, пронизывало всю систему в целом [1, 26, 116]. Лица, злоупотреблявшие алкоголем и не совершавшие преступлений, и те, кто противился «принудительному лечению» в больницах и клиниках, могли быть помещены на 1–2 года в исправительные учреждения, называвшиеся лечебно-трудовыми профилакториями (ЛТП), которые были организованы по образцу трудовых колоний и лагерей для заключенных [19, 124]. Начиная с конца 1970-х гг. наркологическая служба быстро развивалась и достигла пика финансирования и ресурсного обеспечения во время последней советской антиалкогольной кампании в 1985–1988 гг.

К моменту моего первого посещения больницы в 2003 г. некоторые элементы наркологической системы существенно изменились, в то время как другие отражали поразительную тесную связь с советским периодом. Вскоре после распада Советского Союза в Российской Федерации были ликвидированы явно карательные элементы системы. ЛТП были официально расформированы в 1994 г., в том же году принудительная госпи-

⁵Для разграничения обозначения пациентов и консультантов программы «Двенадцати шагов» я использовал имена (Вячеслав, Павел или Саша), а также такие имена и отчества, как например, Владимир Денисович, Виктор Сергеевич для обозначения большинства врачей. Сочетание имени/отчества является относительно официальным обращением, обычно используемым для выражения уважения или социальной дистанции в России. Хотя я рискую сделать значимым различие между врачами и пациентами, эта система имен дает представление о межличностной иерархии, принятой во многих клиниках Санкт-Петербурга.

тализация лиц, злоупотреблявших алкоголем и не совершавших преступлений, стала незаконной [24, 54, 133]. Врачи в больнице рассказывали, как на протяжении 1990-х и в начале 2000-х гг. они старались справиться с нарастающим числом пациентов с алкоголизмом, а также с внезапным ростом инъекционного употребления героина (который сопровождался стремительным распространением ВИЧ-инфекции) [63, 82]. Их усилия затруднялись и серьезным сокращением бюджетного финансирования в связи с ликвидацией административно-советской системы экономики в целом и реструктуризацией сектора здравоохранения в частности [7, 127]. Это означало, что, хотя базовое лечение оставалось бесплатным, больница стала взимать плату за различные дополнительные услуги. Дефицит медикаментов и персонала также был общераспространенным явлением. Врачи часто жаловались на то, что тратят больше половины своего рабочего времени на бумажную работу из-за нехватки компьютеров или административного обеспечения.

Вячеслав и «торпеда»: циклы терапии

Когда я брал интервью у пациентов в наркологической больнице, познакомился с Вячеславом — заводским рабочим плотного телосложения, которому было за пятьдесят. Он был в некотором роде типичным пациентом, хотя, в отличие от многих других, жил в коммунальной квартире с женой. Поскольку эта больница была единственным учреждением в городе, где услуги по детоксикации и лечению предлагали бесплатно, сюда поступало множество пациентов, потерявших дом и работу. По меньшей мере, половина пациентов в большинстве отделений были бездомными. Вячеслав рассказал мне, что его сын погиб в армии 6 лет назад, но недавно у его дочери родился ребенок. Вячеслав сформулировал свою мотивацию к трезвости: «Я уже дедушка, а пить продолжаю». Он описывал свое пребывание в больнице как часть ежегодного цикла: каждый год уходил в запой, в конце которого возвращался в больницу по просьбе жены.

Хотя Вячеслав ощущал, что воздержание от употребления алкоголя заметно обедняло его социальную жизнь, однако был не против того, чтобы его семья успешно управляла его склонностью к чрезмерному употреблению алкоголя. Как и другие пациенты, прибывающие в больницу, Вячеслав обычно проходил курс лечения продолжительностью один месяц.

Большинство из девяти отделений используют протоколы лечения, подобные тем, которые применялись в советский период [49]. Детоксикация осуществляется при помощи внутривенного введения витаминов, а также интенсивного фармакологического режима, включая использование большого количества транквилизаторов и нейролептических препаратов [9, 47]. После окончания детоксикации и до выписки из больницы Вячеслав получал инъекцию (называемую в разговорной речи «торпедой»), которая, как ему говорили, будет сохранять дисульфiram в его кровяном русле в течение года. Из-за страха неблагоприятных последствий, которые могли наступить при употреблении алкоголя, в то время как в организме находилось это вещество, Вячеслав всегда ждал того момента, когда период действия «торпеды» закончится и он сможет уйти в очередной запой. Однажды он попробовал другую процедуру: врачи имплантировали ему под кожу капсулу, из которой, как ему сказали, в течение пяти лет будет медленно высвобождаться дисульфiram. На этот раз Вячеслав не смог выдержать такой срок: «Я не пил два с половиной года. Заплатил деньги, и расшился. Вот и все».

Описание Вячеславом химзащиты как физиологически обоснованной терапии, очень напоминало ту информацию о ней, которую врачи дают в разговоре с пациентами, а также в (немедицинских) публикациях и рекламных объявлениях. «Есть укол специальный, в вену вводится, — рассказывал он и с явным почтением к авторитету профессиональных медиков добавлял, — он рассчитан у них, у профессоров, чтобы постепенно рассасывался. А капсула, она там где-то залипает и тоже рассасывается». Однако распространенной практикой является введение пациенту инъекции или импланта с нейтральными веществами (часто с витаминами или физиологический раствор) вместо дисульфирама, что выяснилось в ходе беседы с наркологами. Более того, по их мнению, независимо от того, используется активный дисульфiram или нет, химзащита в большой степени основывалась на внушении и имела больше общего с терапией гипнозом, чем с нейрохимическим воздействием. Действительно, некоторые наркологи называли химзащиту фармакологическим лечением, в то время как другие — «психотерапией». Ирина Валентиновна, нарколог отделения интенсивной терапии наркологической больницы, объясняла это таким образом:

— Химзащита — это психотерапевтический метод. В принципе можно ввести плацебо — при этом мы смотрим на личность — это может быть и химический препарат.... Я даю тебе этот препарат. Я даю тебе запрет через психотерапию личностную: на такой-то срок ты не имеешь права употреблять спиртное. Выдержал? Ну опять пошли, повторяем процедуру. Как правило, самооценка растет.

Хотя было понятно, что химзащита предназначалась для достижения того, что наркологи называют периодами ремиссии (трезвости), для пациентов, в соответствии с объяснениями Ирины Валентиновны, химическое содержимое препарата (дисульфирам или плацебо) имело меньшее значение, чем то, что внушалось наркологом и его клиническим методом воздействия. Это беспечное уравнивание плацебо и дисульфирама, вызывало вопрос: соматическое или психологическое воздействие оказывала химзащита? И, что более важно, почему это разграничение так мало значило для наркологов, с которыми я разговаривал? Чтобы ответить на эти вопросы, важно было сначала ознакомиться с медицинской литературой о дисульфираме и изучить, как эта терапия использовалась в Советском Союзе.

Лечение дисульфирамом: неспецифическая фармакология

Согласно данным литературы об эффекте плацебо, все лекарственные препараты оказывают как специфическое, так и неспецифическое действие, а взаимодействие этих эффектов — способ терапевтического воздействия дисульфирама — делает эти взаимодействия особенно яркими [105]. Часто называемый в России тетурамом эспераль или антабусом⁶ дисульфирам не позволяет организму полностью перерабатывать алкоголь. Блокируя действие альдегид-дегидрогеназы — основного фермента, участвующего в метаболизме этанола, препарат вызывает накопление токсического побочного продукта ацетальдегида, что имеет чрезвычайно неприятные последствия для пациентов.

⁶ Тетурам или тиурам, происходящие из полного названия химического вещества тетраэтилтиурамдисульфида, являются названиями дисульфирама в России [13, 38]. Антабус — это название дисульфирама в качестве официально зарегистрированной торговой марки. Эспераль является фирменным названием дисульфирама, производимого французской фармацевтической компанией «Санофи-Авентис», но в России эспераль обычно используется для обозначения именно имплантов дисульфирама.

Употребление алкоголя людьми с активным дисульфирамом в организме вместо приятных эффектов интоксикации вызывает гиперемию, тошноту и высокое кровяное давление, что в медицинской литературе называется дисульфирам-этаноловой реакцией [38, 70, 88]. Таким образом, как объясняют авторы одного из изданий: «При приеме в достаточной дозировке дисульфирам обычно удерживает от употребления спиртного *из-за угрозы или опыта переживания неприятной реакции*» [29]. Часто рекомендуемый в качестве дополнения к программам психосоциальной помощи дисульфирам используется для облегчения достижения периодов трезвости, во время которых пациенты могут вести «трезвый образ жизни».

Хотя дисульфирам часто описывается как первый разработанный метод фармакологического лечения алкоголизма, механизм его действия описывается и классифицируется по-разному, и эти оценки связаны со специфическим клиническим использованием препарата. Исследователи, рассматривающие дисульфирам, скорее, как фармакологическую, чем как поведенческую терапию (особенно первые сторонники этого взгляда), часто описывали его как «сенсibiliзирующее» лекарство [9, 58, 89]. Современные же исследователи заявляют, что в отличие от разработанных позднее фармакологических подходов к лечению алкоголизма (использование налтрексона и акампросата, нейрхимически подавляющих влечение), дисульфирам действует опосредованно психологически [70]. Однако даже специфический механизм, лежащий в основе психологически опосредованного эффекта, описывается по-разному — от «аверсивной реакции на стресс» до «внушения». Вместе с тем эти объяснения не соответствуют тому, что наблюдается при клиническом его применении. Например, лечение дисульфирамом сначала рассматривалось как форма аверсивной терапии: «проверка» или показ его воздействия проводились на пациентах, которым давалась доза этанола вслед за приемом препарата [123]. Как я пытаюсь доказать ниже, эта связь с аверсивной терапией является важной для понимания той роли, которую дисульфирам играет в лечении алкоголизма в России. В то время как некоторые ученые продолжают утверждать, что дисульфирам, скорее, «вызывает отвращение к алкоголю, чем модулирует его нейрхимические эффекты» [88], другие подчеркивают, что он

оказывает непосредственное воздействие на поведение, «заменяя отложенную реакцию немедленными негативными последствиями» [62]. В любом случае мы можем заключить, что именно ожидания или воспоминания пациента — осознанные, неосознанные или телесные — о неприятном или пугающем опыте должны изменить его поведение.

За последние 70 лет дисульфирам играл различную роль в системах общественного здравоохранения и медицинского обслуживания в разных странах, отражая различия в этнопсихиатрических моделях алкогольной зависимости, институциональных и политико-экономических условиях и в понимании значения собственной воли и личной ответственности [33]. Например, в то время как в Дании он продолжает служить краеугольным камнем в лечении алкоголизма, распространенность его применения в Северной Америке уже давно начала сокращаться [122, 134]. Хотя многие исследования показали, что терапия дисульфирамом является потенциально эффективным средством увеличения продолжительности ремиссий у пациентов, основным препятствием на пути его эффективного применения является строгое соблюдение режима терапии [51, 123]. При однократном приеме препарат продолжает находиться на химически активном уровне в течение всего нескольких дней. Это означает, что для сохранения угрозы неблагоприятной реакции на алкоголь пациенты должны принимать препарат регулярно [29, 38]. Хотя это может и не представлять проблемы для пациентов с сильной мотивацией, для многих других соблюдение режима терапии является такой же проблемой, как и само воздержание от употребления алкоголя [122, 129]. Неудивительно, что терапия дисульфирамом наиболее эффективна, когда родственник или врач имеет возможность наблюдать или контролировать прием пациентом препарата [29, 51]. Проблему комплаенса также пытались решить путем внедрения терапии дисульфирамом в сочетании с поведенческими технологиями в ряде институциональных структур, где активность пациента тщательно регламентировалась или ограничивалась в случае условного срока наказания, условно досрочного освобождения или когда выдача препарата осуществлялась в специализированных клиниках [29, 96, 122, 134]. По этой причине критики считают, что эта терапия требует неприемлемого уровня принуждения или социального контроля [122].

Другой попыткой решить проблему удержания в терапии был разработанный в 1950-х гг. во Франции метод имплантации капсул дисульфирама под кожу [75, 134]. В этом случае основной фактор содействия лечению был смещен с пациента или контролирующего его лица и структурирован в имплант, который, как предполагалось, будет постепенно высвобождать химическое вещество в кровяное русло. Однако многочисленные клинические исследования показали, что имеющиеся на рынке импланты высвобождают определяемые уровни дисульфирама в кровяное русло пациента только в течение короткого периода времени [29, 67]. Иными словами, через неделю после имплантации дисульфирама существует очень малая вероятность того, что у пациента разовьется дисульфирам-этаноловая реакция. В то же время с начала 1970-х гг. исследователи, изучавшие имплантируемый дисульфирам, отметили его эффективность по сравнению с бесконтрольным пероральным приемом дисульфирама, и большинство из них были согласны с тем, что такой эффект являлся результатом, скорее, «психологического, чем фармакологического сдерживающего фактора» [75, 87]. Авторы одной из публикаций на основании обзора клинических данных об имплантах, делают следующий вывод: «Все виды фармакологического лечения наряду с фармакологическим воздействием оказывают неспецифический или плацебо эффект. Дисульфирам не является исключением» [29].

Как фармакологическое лечение, которое работает в основном не в силу своих фармакологических эффектов, дисульфирам занимает неоднозначное положение в биомедицинской литературе и клинической практике. За редким исключением, большинство исследователей, пишущих в англоязычной литературе о дисульфираме, с некоторым беспокойством указывают на его «неспецифические или плацебо эффекты» или полную неэффективность. Отчасти здесь мы имеем дело с крайне противоречивым отношением, характерным для большинства биомедицинских подходов к результатам лечения, которые не могут быть целиком отнесены к специфической материальной причине и к субъективной сфере человеческого опыта [72, 125].

Анна Харрингтон считает, что скептицизм XX столетия по отношению к плацебо зародился тогда, когда гносеологические сомнения относительно существования невидимых сил, таких как «животный магнетизм», переплелись с этико-

нравственной тревогой, вызванной представлениями о «слабом и впечатлительном разуме (пациента), попадающего под чары сильной личности, имеющей дар убеждения врача или целителя» [59, 60]. Харрингтон [59] указывает, что эти гносеологические и моральные сомнения в XIX веке были сведены к концепции «внушения» — «способности трансформировать мысль прямо и автоматически в ощущение или движение». Вскоре после этого с появлением методов фармакологического лечения в начале и середине XX столетия практика введения пациентам химически нейтральных пилюль стала все больше рассматриваться медиками в худшем случае как обман и в лучшем случае, как не имеющее физиологической основы воздействие, используемое для успокоения «трудных» пациентов [59].⁷ В случае с дисульфирамом эта гносеологическая неоднозначность усложняется тем фактом, что, в отличие от плацебо анальгезии или изменений, опосредованных иммунной системой, локус «неспецифического» воздействия дисульфирама особенно неясен. Трезвость, которая является результатом терапии дисульфирамом, вызывает изменение поведения, которое может быть опосредованно как сознательными, так и бессознательными психическими процессами.⁸

⁷ В дополнение к этим вопросам гносеологии роль плацебо, лежащая в основе метода клинического исследования, представляет еще одну методологическую проблему для изучения техник лечения, способных оказывать совершенно неспецифические воздействия. Даже когда исследователи признают относительную эффективность дисульфирама, они часто не могут продемонстрировать его эффективность в соответствии с предписанными профессиональными и институциональными критериями: «Поскольку полезным является, скорее, психологический сдерживающий фактор дисульфирама, чем его биологическое воздействие, трудно представить, как его эффективность могла бы быть продемонстрирована в классическом двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании» [88].

⁸ Поскольку ожидаемый эффект *химзащиты* носит, скорее, поведенческий (воздержание от употребления), чем физиологический характер, некоторые читатели предыдущей версии настоящей статьи спрашивали, уместно ли называть ее плацебо-терапией. В настоящей статье *химзащита* описывается как плацебо-терапия или терапия, основанная на механизме внушения, поскольку эти термины использовались наркологами в Санкт-Петербурге. Необходимо добавить, что интерпретация советской психиатрией и плацебо эффектов, и внушения в состоянии гипноза осуществляется через призму условных рефлексов размывая различий между поведенческими и физиологическими эффектами. Конечно, любое клиническое воздействие также влияет на поведение в зависимости от того, как оно назначается и распределяется, или в зависимости от институциональной организации, внутри которой поведение реализуется. В действительности, Сарис [113] утверждал, что такая трансформация поведения является основной целью другого мнимого фармакологического лечения зависимости, а именно метадоновой поддерживающей терапии.

Наряду с тем, что клинические явления, описываемые как внушение, плацебо или неспецифическое воздействие, давно представляют собой гносеологическую проблему для соматически ориентированной биомедицины. Многие из наркологов, с которыми я беседовал в Санкт-Петербурге, подчеркивали именно эти аспекты лечения дисульфирамом. Такие наркологи, как Ирина Валентиновна, однозначно описывали химзащиту как терапию плацебо или как лечение, основанное на механизмах внушения. Как сказал один врач, работающий в коммерческой наркологической клинике: «Кроме того, что есть чисто химический эффект (дисульфирама), есть стрессо-суггестивный эффект, эффект внушения». Почему наркологи были меньше озабочены гносеологическими проблемами, возникающими в связи с терапией плацебо, чем многие из их коллег из Западной Европы и Северной Америки? Полагаю, что мы не можем ответить на этот вопрос без изучения химзащиты как продукта нейрофизиологического подхода советской наркологии и особого стиля клинического мышления. В действительности, я думаю, что клиническое мышление наркологов сформировано по меньшей мере отчасти российской/советской историей происхождения взглядов на внушение и исцеление, которые радикально отличаются от подобных представлений в англоязычных странах.

Логика рефлексов: внушение в советской науке о психике и мозге

Хотя наркология как отдельная специальность развивалась в 1970-х годах, многие из ее терапевтических методов и особенностей мышления были сформированы значительно раньше под влиянием советской психиатрии. Наряду с другими науками, занимавшимися в Советском Союзе изучением психики и мозга, психиатрия находилась под сильным влиянием политически установленного господства теории И.П. Павлова о «высшей нервной деятельности». В начале советского периода отношения между физиологией и психологией были чрезвычайно спорным идеологическим вопросом, в основном потому что они представляли собой ту область знания, в которой марксисты надеялись связать свое понимание человека как творца истории с объективной наукой, рассматривающей его как материальное существо [68, 120]. Это достигалось с использованием концепции диалектического материализма. В данном смысле теория условных рефлексов Павлова была не просто примером

конкретного механизма поведения, но и способом видения «диалектических» отношений между биологией человека и его окружением [56, 68, 102]. На практике, однако, это часто могло означать сведение психологии к физиологии, психики к мозгу или, если быть более точным, личностных характеристик к рефлекторным действиям.

Господствующее влияние теории И.П. Павлова в областях советской науки, занимающихся вопросами психики и мозга, началось после короткого периода революционного утопизма в начале 1920-х годов, когда существовали разнообразные подходы и школы, включая психоанализ. Во время периода, известного под названием «Великий прорыв» (отмеченного началом массовой индустриализации и коллективизации сельского хозяйства в конце 1920-х годов), Сталин и другие партийные лидеры резко отошли от ранее принятой политики лояльности по отношению к ученым и начали программу культурной революции, которая должна была создать новый класс советских (небуржуазных) специалистов, чьи взгляды совпадали бы со взглядами партийного государства [45]. Этот кардинальный поворот в политике создал условия для формирования советской психиатрии, которая в ее общих чертах просуществовала по меньшей мере до конца 1980-х годов [30, 119].

Психоанализ, а также различные российские психологические школы, все чаще осуждались как «идеалистические», в то время как теория И.П. Павлова об условных рефлексах продвигалась все интенсивнее [40, 91, 126]. Кульминацией этого после второй мировой войны стала серия конференций по физиологии, психиатрии и психологии, состоявшихся между 1950 и 1952 гг., на которых доктрина Павлова была возведена в пантеон советского социализма как объективная основа для наук, занимающихся вопросами психики и мозга [68, 136]. Хотя постсталинистский период ознаменовался возобновлением интереса к психологии и теориям сознания, влияние ставшей на тот момент официальной доктрины Павлова на клиническую психиатрию продолжалось гораздо дольше, отчасти благодаря тому, что ее приверженцы занимали ведущие государственные должности, отчасти потому, что продолжали существовать методы терапии, разработанные во время этого периода, и отчасти потому, что она сформировала последующие дисциплинарные концепции и стили мышления в психиатрии [46, 115].

Одним из последствий господства теорий И.П. Павлова, которому часто не придается значение, была легитимность, которую оно предоставляло практикам внушения, гипноза и косвенно плацебо терапии, интерпретируя их исключительно в физиологических терминах [32]. Разрабатывая свою теорию высшей нервной деятельности, ученый использовал понятия возбуждения, торможения и равновесия для описания основных процессов, происходящих в нервной системе, которые он соотносил с экспериментальными свидетельствами формирования условных рефлексов. Для него торможение включало все процессы, которые ослабляли условные рефлексы, и распределялось по категориям «внешнего торможения», «внутреннего торможения» и торможения, связанного со сном [120]. И.П. Павлов описывал гипноз как переходное состояние, которое возникает, когда процесс торможения, приводящий к состоянию сна, имеет меньшую генерализацию [101, 104]. Далее он утверждал, что «внушение в гипнозе вполне может быть интерпретировано как фаза торможения, когда слабые условные стимулы (слова) производят больший эффект, чем очевидно более сильные и реальные внешние стимулы». Иными словами, гипноз понимался как состояние сознания, которое способствует внушаемости. Эта точка зрения помогла научно обосновать гипноз, уверенно относя его к области материального, что позволило инкорпорировать его в господствующее в психиатрии направление [14, 27, 65]. Теории И.П. Павлова также привели к развитию различных методов клинического воздействия, которые были в общем обозначены как психотерапия.⁹ Клиническое применение гипноза частично вытекало из самой теории: для И.П. Павлова сон и гипноз были формами торможения, носившими защитный характер, и эта интерпретация также способствовала широкому применению в советской психиатрии лечения сном [137].

Конечно, сложно, если вообще возможно, выяснить, использовали ли клиницисты в то время суггестивные методы лечения, потому что они осмысливали их в терминах диалектики. Вполне вероятно, что практикующие клиницисты

⁹ Гипноз и внушение также занимали центральное место в исследовании В.М. Бехтерева — представителя эклектического направления в психиатрии, разработавшего теорию «ассоциативных рефлексов», во многом похожую на учение Павлова, и которого часто представляют в советской литературе как «основоположника российской психотерапии» [104].

использовали такие методики, как гипноз и плацебо терапия именно потому, что они не рассматривали их как воздействие сознания на тело, а просто как воздействие тела на тело. Для этих врачей физиология была, видимо, областью объяснения, которая относилась к сфере сознания или соматизировала его, делая таким образом чисто теоретическим кажущийся парадокс гипноза. В любом случае биологическая концепция человека, которая была, несомненно, идеологической, также имела практические последствия для врачей в том, что она представляла внушение и эффекты плацебо особым образом осуществимыми. Более того, как только терапевтические методы, основанные на этих эффектах, были официально разрешены, они стали частью институциональной логики, в целом невосприимчивой к таким гносеологическим проблемам. Таким образом, за исключением нескольких известных случаев и параллельной традиции рациональной психотерапии, большинство техник, обозначенных как психотерапия в течение советского периода, использовало механизмы гипноза и внушения [41, 71, 77, 115, 137]. К 1970-м годам эти методы включали ряд техник, в том числе индивидуальный и групповой гипноз, более или менее директивные формы внушения, а также прямое внушение, при котором пациент оставался в бодрствующем состоянии, не прямое (включавшее использование плацебо) и технику самовнушения [77].

Соматические внушения

Датские ученые, занимавшиеся разработкой терапии дисульфирамом, изначально использовали его как форму аверсивной терапии, и этот лечебный подход попал на особенно плодородную почву в Советском Союзе [58, 89]. В конце 1940-х годов, когда советские исследователи-медики впервые начали использовать дисульфирам (одновременно с учеными в Скандинавии и Северной Америке), их модель мышления в отношении лечения хронического алкоголизма отражала подход, разработанный примерно 15 лет назад: условно-рефлекторная терапия, иногда называемая апоморфиновым лечением. Хотя идея развития физического отвращения к алкоголю у пациентов не была сама по себе новой, советские исследователи-медики основывались в своих изысканиях на теории Павлова: после первых попыток применения электрошока они остановились в 1933 г. на использовании препаратов, вызывающих рвоту, таких как апоморфин, для формирования условного

раздражителя, при котором возникал бы рвотный рефлекс на запах или вкус алкоголя [8, 15]. В Советском Союзе в период с 1940-х по 1980-е годы условно-рефлекторная терапия описывалась в учебниках как терапия первой линии, использовалась после детоксикации и была обязательной в ЛТП и других исправительных учреждениях [22, 26].¹⁰ Даже после постсталинской либерализации науки условно-рефлекторная терапия продолжала доминировать в советской психиатрии и наркологии, поскольку она соответствовала потребностям тех, кто занимался планированием и управлением в государстве.¹¹

Когда дисульфирам появился в Советском Союзе, то его стали применять по типу условно-рефлекторной терапии. Во многих из самых ранних публикаций о дисульфираме в советской медицинской литературе, принадлежащих И.В. Стрельчуку, который также разработал протоколы лечения апоморфином, упоминается о частично использовавшихся методах гипнотического внушения [11, 17]. Пациентам не просто рассказывали о потенциальных неблагоприятных последствиях употребления алкоголя на фоне приема препарата — эти последствия демонстрировались им в назначенных врачом «пробах» [17, 26]. Более того, лечение дисульфирамом рассматривалось как формирующее у пациентов «отрицательный условный рефлекс на алкоголь», и этот рефлекс наблюдался даже у «пациентов, которые не принимали антабус около года» [17, 18]. Почти с самого начала применения дисульфирама в Советском Союзе существовало мнение, что пациенты могли иметь ожидаемую физиологическую реакцию на него при отсутствии самого препарата. Поэтому неудивительно, что к концу 1960-х гг. советские ученые сообщали о клинических опытах с применением плацебо-терапии, буквально заменяя препарат физиологическим раствором или витаминами [25]. Изначально ее использовали у пациентов с противопоказаниями к препарату, а затем она получила широкое распространение [48].

¹⁰ Использование апоморфина для лечения не было ограничено пределами Советского Союза, хотя в других местах его применение было менее распространенным [36, 80, 134].

¹¹ К моменту, когда я начал собирать материал, апоморфиновая терапия в Санкт-Петербурге больше не применялась.

Подкожная имплантация французского эспераля быстро стала наиболее популярным способом применения дисульфирама: пациентам под лопатку имплантировали капсулу, и предупреждали о возможных неблагоприятных последствиях употребления алкоголя в течение периода времени от одного года до пяти лет [48]. Несмотря на то что применялись и другие виды плацебо-терапии («таблетка» и «торпеда», предлагавшиеся пациентам как формы дисульфирама «продолженного действия» для перорального и внутривенного использования), имплантация пользовалась значительно большей популярностью [21]. Среди пациентов и родственников эта терапия попросту называлась «подшивка», и пациенты часто говорили: «Меня подшили». Наркологи называли все эти варианты использования дисульфирама или плацебо-терапии химзащитой. Такая терапия оставалась чрезвычайно распространенной среди пациентов, с которыми я общался в 2004 г., и некоторые из них регулярно возвращались для повторных имплантаций.

Если сначала лечение дисульфирамом рассматривалось в Советском Союзе как аверсивная терапия, схожая с условно-рефлекторной терапией, его трансформация в химзащиту предполагала ряд серьезных изменений. Условно-рефлекторная терапия связывалась с телесной памятью прошлого опыта пациентов, действие же *химзащиты* основывалось на предупреждении возможных будущих последствий. Более того, в то время как первая зависела от поведенческой реакции на стимулы, создаваемые в стенах клиники, последняя перемещала источник таких стимулов в собственный организм пациента. В основе этого лежала еще более фундаментальная смена концепции: если условно-рефлекторная терапия представляла пациента как организм, реагирующий на не имеющие, по существу, смысла стимулы, то химзащита — как субъекта, полного ожиданий, эмоций и надежд.

Большинство наркологов описывали химзащиту как форму психотерапии и подчеркивали ее сходство с видом гипноза, известного как эмоционально-стрессовая терапия или кодирование. Разработанное в 1970-х годах А.Р. Довженко (врачом, работавшим в Крыму) кодирование было вариантом других форм лечения алкоголизма гипнозом [12]. Это лечение стало популярным как экспресс-метод в период с 1980-х по 1990-е годы

зачастую в чрезвычайно коммерциализированной форме, где оно описывалось как чудодейственное исцеление [11, 12]. Как и химзащита, кодирование является методом терапии, предназначенным для удерживания пациентов от употребления алкоголя посредством убеждения, что прием алкоголя теперь будет являться для них вредным или смертельным в силу произошедших в их организме изменений. Однако в отличие от химзащиты, кодирование вовсе не предполагает введение какого-либо вещества перорально, инъекционно или с помощью импланта, именно врач «изменяет» мозг пациента своим воздействием. И наркологи, и пациенты часто косвенным образом подтверждали сходство химзащиты и кодирования, относя их к одной группе терапевтических методов. Сторонники этих подходов к лечению называли их в печати опосредованной психотерапией, а многие пациенты считают оба метода терапии кодированием [23]. В дополнение к подчеркиванию, что методы терапии с применением дисульфирама, скорее, полностью основаны на внушении в сравнении с физиологически активными методами такая их классификация выдвигает на первый план ряд формальных между ними сходств.

«Маленький ритуальчик»:

сделать плацебо-терапию эффективной

Образование в области наркологии и психиатрии не только сформировало восприятие российскими врачами гипноза и плацебо-терапии как действенных методов лечения, но и побудило их обратить внимание на связь между перформативными элементами клинического воздействия, верой и знаниями пациентов и эффективностью терапии. Для наркологов процедура химзащиты начинается с объяснения пациентам, в процессе которого они должны нарисовать убедительную картину физиологического воздействия этой терапии. Я попросил Владимира Денисовича, молодого врача, возглавлявшего отделение, в котором находился на лечении Вячеслав, охарактеризовать действие химзащиты так, как он объяснял его пациенту.

Вводимый препарат дисульфирам бывает в разных формах: для внутривенного введения, капсулированное для перорального приема и для «подшивки» под кожу. Все эти препараты пролонгированного действия. Если дисульфирам вводят перорально или внутривенно, он растворяется в кишечнике, попадает в кровь, распределяется в ткани и соединяется с белками в печени. Когда эти белки разрушаются, то препарат

освобождается и на определенный срок в крови создается постоянная его концентрация. Однако данное лекарство не совместимо с алкоголем, поскольку оно блокирует ферменты, расщепляющие алкоголь. Если пациент на фоне действия препарата все же выпивает, то в его кровь попадает алкоголь с последующими опасными для его здоровья и жизни различными реакциями в виде таких неприятных явлений, как покраснение, тошнота, рвота, вплоть до тяжелых исходов или даже смерти. После таких разъяснений со стороны врача пациент пишет расписку о том, что он не против данной процедуры.

Вместе с тем в отдельных случаях, по признанию самого Владимира Денисовича, это было неправдой, поскольку вместо дисульфирама он использовал плацебо. Как и другие наркологи, он рассматривал это разъяснение пациенту как перлокутивное речевое высказывание с целью развить у пациента конкретное убеждение, что химическое вещество в его организме сделало употребление алкоголя потенциально смертельным, вызвать сопутствующее состояние аффекта (страх, стресс или беспокойство) и последующее изменение поведения (абстиненцию). Возможно, важнее то, что клиническая эффективность такого лечения зависит от убежденности пациента в этой «правде» о его организме и состоянии. Даже расписка, которую пациенты дают для подтверждения того, что они «понимают процедуру», скорее, выполняет чисто перформативную функцию как средство, помогающее врачу добиться желаемого эффекта, чем юридическую функцию как контракт с целью подтверждения их согласия. После этих важных подготовительных шагов следует клиническое воздействие по осуществлению непосредственно процедуры химзащиты. Виктор Сергеевич, врач наркологической больницы, объяснил, насколько важным является само клиническое действие для этого этапа химзащиты (и подобных методов терапии).

— В итоге все сводится к какому-то одному краткому действию: либо к кодированию, либо к применению методов плацебо-терапии, т.е. к небольшому «ритуальчику» в виде прикосновения рук к голове, каких-то слов, употребления веществ, дающих ощущение. Этот ритуал просто обозначает конкретное начало срока трезвости, присутствующее во всех вариантах психотерапии.

Стоит отметить, что, как и другие врачи в наркологической больнице Санкт-Петербурга, Виктор Сергеевич не считал себя практикующим «альтернативные» методы терапии, скорее,

типичным психиатром-наркологом. Его объяснение далее подчеркивает степень, с которой допущения, принятые в наркологии, приучили клиницистов рассматривать представление как часть своей практики. Виктор Сергеевич подчеркивал преобладающую важность ритуальной формы над содержанием (физический контакт, слова или вещество могут быть взаимозаменяемы) для получения значимой временной демаркации нового «периода трезвости» для пациентов. Следуя этой логике, предпочтение, которое наркологи и пациенты отдают имплантам и инъекциям по сравнению с ежедневным приемом пациентом таблеток, приобретает особое значение, поскольку такие методы применения позволяют маркировать «период трезвости» раз в год или раз в полгода.¹²

Многие из пациентов, с которыми я обсуждал эффективность химзащиты, неоднократно говорили о материальных аспектах терапии: размере ампул, месте, в которое был имплантирован эспераль, способе введения. Пациенты приписывали конкретные значения всем этим деталям, которые, в свою очередь, опосредовали их представления о потенциальной эффективности терапии. «У них есть ампулы примерно такого размера и больше», — объяснял Вячеслав, показывая размер на пальцах, когда я попросил его описать лечение. Инъекции «торпеды» обычно окрашивались в ярко-розовый или синий цвет для того, чтобы обозначить их химическую активность [48]. Способ введения был также важен: тот факт, что пациенты и их семьи предпочитали импланты инъекциям, тем более таблеткам, позволяет предположить, что методы введения, связанные с большей инвазивностью, возможно, также ассоциировались с большей эффективностью или силой действия. Одновременно с заменой дисульфирама витамином С, физиологическим раствором или другими нейтральными веществами, наркологи использовали различные методы усиления восприятия пациентами терапии как химически активной. Нарколог, у которого брали интервью Чепурная и Эткинд [21], рассказал,

¹²Временной аспект лечения также дополнял картину чрезмерного употребления алкоголя в восприятии многих пациентов в Санкт-Петербурге. Пациенты, которых я встречал в различных учреждениях, редко использовали термины «потребление» или «пьянство». Большинство указывали на «уход» и «выход» из запоев, что предполагало отдельное время и место. Хотя феномен запоев освещен в международной медицинской литературе по алкоголизму, местное разговорное определение запоя, а также обыденность его описания заметно отличались от понятия, принятого в медицине.

что иногда он делал пациентам фиктивные операции, производя разрез и зашивая его, не имплантируя ничего, и затем назначал таблетки химически активного дисульфирама, убеждая пациентов, что они принимают антибиотик.

Пациенты относились к предметам и веществам, применяемым для *химзащиты* как к товару и часто связывали эффективность препарата и его ценность с географическим местом его производства. Такое объяснение дал Саша, худощавый высокий мужчина лет пятидесяти, из рабочей семьи, который провел большую часть своей жизни в тюрьме за правонарушения (в основном кражи), совершенные в состоянии алкогольного опьянения, типичный кандидат для имплантации дисульфирама, особенно часто используемого в отношении пациентов, которых их родственники и врачи определяли как не поддающихся лечению.

— Потом я опять попадаю на лечение. И моя мама — у нее были знакомые медики — предлагает: «Давай тебе сделаем имплантацию препарата эспераль». Я говорю: «Мама, что это будет?» Она мне все рассказала, и я согласился на пять лет. Заказали этот эспераль через начмеда. Я прошел полное обследование. Тогда надо было принести ходатайство... Все это сделал. Вот и меня подшили. Не пил я полтора года. Я поступил в институт кораблестроительный и учился. Не пил, пока не произошел срыв, когда у меня умер друг с такой же подшивкой. И здесь что-то произошло, я начал думать: «Может, со мной ничего не случится». И я сорвался. Меня откачали, теперь все нормально.

Приобретение импортных препаратов (в данном случае французского эспералья) в советское время обычно означало обход официальных каналов, использование широкой сети связей, практику, известную как «блат» [78]. Как и в случае со многими товарами и услугами, дефицит таких препаратов, усилия, необходимые для их приобретения, а также место их производства — все это создавало дополнительную ценность и в данном случае усиливало их эффективность. К 2000-м годам эти препараты стали более доступными — теперь главным препятствием для пациентов стал, скорее, дефицит средств, чем лекарств, но многие пациенты и врачи продолжали приписывать большую эффективность имплантам, импортируемым из Франции или других стран, чем их отечественным аналогам. Один пациент рассказывал о выборе, который, как он слышал, врач предлагал его знакомому:

— Давайте я поставлю вам химзащиту, нашу отечественную — она стоит 1 900 рублей (около \$65 в 2004 г.). Гарантировать не могу, что если вы выпьете, то что-то произойдет. Могу поставить французскую химзащиту — она стоит существенно дороже, но это стопроцентный вариант.

Приписывая большую эффективность импортному дисульфираму по сравнению с его отечественным аналогом, врачи и пациенты проявляли распространенную форму постсоциалистического потребительского суждения, которое связывает материальную ценность вещи с географическим местом ее производства [100]. Более того, они косвенно переносили стоимость товара на представление о его потенциальной клинической ценности или эффективности.

Продолжение в следующем номере журнала (вып. 4, 2010).

Печатается с любезного разрешения Springer Science+Business Media: Culture, Medicine and Psychiatry, «Post-Soviet Placebos: Epistemology and Authority in Russian Treatments for Alcoholism,» 34(1), 2010, 132—168, Eugene Raikhel.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляев, В.П.* Опыт организации наркологической службы в Ленинграде / В.П. Беляев, Л.П. Лежепецова // Лечение и реабилитация больных алкоголизмом. — Ленинград: Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 1977.
2. *Валентик, Ю.В.* Континуальная психотерапия больных с зависимостью от психоактивных веществ / Лекции по наркологии [под ред. Н.Н. Иванец]. — М.: Медиса, 2001.
3. *Галкин, В.А.* Наркология — раздел психиатрии или самостоятельная медицинская дисциплина? // Наркология. — 2004. — № 1. — С. 67—68.
4. *Демин, А.К.* Здоровье населения и алкогольная эпидемия в России: лекарство от жизни? / А.К. Демин, И.А. Демина // Алкоголь и здоровье населения России 1900—2000 [под ред. А.К. Демина]. — М.: Российская Ассоциация общественного здоровья, 1998.
5. *Дмитриева, Т.Б.* Зависимость от психоактивных веществ / Т.Б. Дмитриева, А.Л. Игонин, Т.В. Клименко и др. // Наркология. — 2002. — № 9. — С. 2—9.
6. *Довженко, А.Р.* Стрессопсихотерапия больных алкоголизмом в амбулаторных условиях / А.Р. Довженко, А.Ф. Артемчук, З.Н. Болотова и др. // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1988. — № 2. — С. 94—97.
7. *Егоров, В.Ф.* О состоянии наркологической службы в России и проблемах ее совершенствования // Вопр. наркол. — 1997. — № 1. — С. 9—18.
8. *Жислин, С.Г.* 30 лет условно-рефлекторной терапии алкоголизма / С.Г. Жислин, И.И. Лукомский // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1963. — С. 1884.
9. *Иванец, Н.Н.* Современная концепция терапии наркологических заболеваний / Лекции по наркологии [под ред. Н.Н. Иванец]. — М.: Медиса, 2001.

10. Менделевич, В.Д. Современная российская наркология: парадоксальность принципов и безупречность процедур // Наркология. — 2005. — № 1.
11. Мирошниченко, Л.Д. Наркологический энциклопедический словарь / Л.Д. Мирошниченко, В.Е. Пелипас, Н.Н. Иванец. — М.: Анакхарис, 2001.
12. Рожнов, В.Е. Система эмоционально-стрессовой психотерапии больных алкоголизмом / В.Е. Рожнов, М.Е. Бурно. // Сов. мед. — 1987. — № 8. — С. 11—15.
13. Серейский, М.Я. Лечение хронического алкоголизма тетурамом // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1952. — № 4. — С. 51—57.
14. Слободяник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз — Киев: Гос. мед. изд. УССР, 1963
15. Случевский, И.Ф. Лечение хронического алкоголизма апоморфином / И.Ф. Случевский, А.А. Фрикен // Советская врачебная газета. — 1933. — № 12. — С. 557—561.
16. Софронов, А.Г. Актуальные проблемы развития отечественной наркологии // Наркология. — 2003. — № 3. — С. 2—6.
17. Стрельчук, И.В. Новый метод лечения алкоголиков антабусом // Невропатол. и психиатр. — 1951. — № 1. — С. 80—83.
18. Стрельчук, И.В. Дальнейшие наблюдения за лечением хронического алкоголизма антабусом (тетраэтилтетурамдисульфидом) // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1952. — № 4. — С. 43—50.
19. Ткачевский, Ю.М. Правовые меры борьбы с пьянством. — М.: Изд. МГУ, 1974.
20. Ткачевский, Ю.М. Правовые аспекты борьбы с наркоманией и алкоголизмом. — М.: Профиздат, 1990.
21. Чепурная, О. Инструментализация смерти. Уроки антиалкогольной терапии / О. Чепурная, А. Эткинд // Отечественные записки. — 2006. — № 2.
22. Штерева, Л.В. Линника и лечение алкоголизма. — Ленинград: Медицина, Ленинградское отделение, 1980.
23. Энтин, Г.М. Еще раз к вопросу о стресс-психотерапии алкоголизма по методу А.Р. Довженко // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1991. — С. 132—133.
24. Энтин, Г.М. О современном состоянии наркологической помощи в России / Г.М. Энтин, А.Г. Гофман, А.В. Граженский и др. // Вопр. наркол. — 1997. — № 1. — С. 68—76.
25. Яловой, А.Я. Замена алкогольно-антабусной пробы в лечении алкоголизма плацебо // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1968. — С. 593—596.
26. Babayan, E.A. Textbook on alcoholism and drug abuse in the Soviet Union / E.A. Babayan, M.Kh. Gonopolsky. — New York: International Universities Press, 1985 — 354 p.
27. Babayan, E.A. The structure of psychiatry in the Soviet Union / E.A. Babayan, Yu.G. Shashina. — New York: International Universities Press, 1985. — 336 p.
28. Biehl, J. Life of the mind: The interface of psychopharmaceuticals, domestic economies, and social abandonment // Am. Ethnol. — 2004. — Vol. 31. — P. 475—496.
29. Brewer, C. Does disulfiram help to prevent relapse in alcohol abuse? / C. Brewer, R.J. Meyers, J. Johnsen // CNS Drugs. — 2000. — Vol. 14, №5. — P. 329—341.
30. Calloway, P. Soviet and western psychiatry: A comparative study. — Keighley, Yorkshire: Moor Press, 1992. — 266 p.
31. Campbell, N.D. Discovering addiction: The science and politics of substance abuse research. — Ann Arbor: University of Michigan Press, 2007. — 336 p.
32. Chertok, L. Sense and nonsense in psychotherapy: The challenge of hypnosis. — London: Pergamon Press, 1981. — 244 p.
33. Chick, J. National differences in disulfiram prescribing / J. Chick, C. Brewer // Psychiatr. Bull. — 1999. — Vol. 23, №6. — P. 335.
34. Cockerham, W.C. Health lifestyles in Russia // Soc. Sci. Med. — 2000. — Vol. 51, №9. — P. 1313—1324.
35. Critchlow, P. First Steps: AA and Alcoholism in Russia // Curr. Hist. — 2000. — October. — P. 345—349.
36. Dent, J.Y. Apomorphine Treatment of Addiction // Brit. J. Addict. — 1949. — Vol. 46, №1. — P. 15—28.
37. Durkheim, E. The elementary forms of religious life. — New York: Free Press, 1995 [1912]. — 464 p.
38. Eneanya, D.I. The Actions and Metabolic Fate of Disulfiram / D.I. Eneanya, J.R. Bianchine, D.O. Duran, B.D. Andresen // Annu. Rev. Pharmacol. Toxicol. — 1981. — Vol. 21, № 1. — P. 575—596.
39. Etkin, N.L. Side Effects: Cultural Constructions and Reinterpretations of Western Pharmaceuticals // Med. Anthropol. Q. — 1992. — Vol. 6, №2. — P. 99—113.
40. Etkind, A.M. Eros of the impossible: The history of psychoanalysis in Russia. — Boulder, CO: Westview Press, 1997a. — 416 p.
41. Etkind, A.M. There are no naked thoughts: Psychoanalysis, psychotherapy and medical psychology in Russia / Grigorenko E., Ruzgis P., Sternberg R. eds. / Psychology in Russia: Past, present, future. — Hauppauge, NY: Nova Publishers, 1997b. — 457 p.
42. Field, M.G. Russia's torn safety nets: Health and social welfare during the transition / M.G. Field, J.L. Twigg eds. — New York: Palgrave Macmillan, 2000. — 320 p.
43. Field, M.G. The hybrid profession: Soviet medicine / M.G. Field, Jones A. ed. / Professions and the state: Expertise and autonomy in the Soviet Union and Eastern Europe. — Philadelphia: Temple University Press, 1991. — 256 p.
44. Finn, P. Russia's 1-Step Program: Scaring Alcoholics Dry // Washington Post. — 2005. — October 2. — P. A23.
45. Fitzpatrick, S. The cultural front: Power and culture in revolutionary Russia. — Ithaca: Cornell University Press, 1992. — 264 p.
46. Fleck, L. Genesis and development of a scientific fact. — Chicago: University of Chicago Press, 1979[1935]. — 222 p.
47. Fleming, P.M. Drug and Alcohol User Treatment/ Intervention Services in Russia-A Western Perspective // Subst. Use Misuse. — 1996. — Vol. 31, №1. — P. 103—114.
48. Fleming, P.M. Alcohol treatment services in Russia: a worsening crisis / P.M. Fleming, A. Meyroyan, I. Klimova // Alcohol Alcoholism. — 1994. — Vol. 29, №4. — P. 357—362.
49. Fleming, P.M. Substance misuse problems in Russia: a perspective from St. Petersburg / P.M. Fleming, T. Bradbeer, A. Green // Psychiatr. Bull. — 2001. — Vol. 25, № 1. — P. 27—28.
50. Foucault, M. Discipline and punish: The birth of the prison. — New York: Pantheon Books, 1977. — 333 p.
51. Fuller, R.K. Does disulfiram have a role in alcoholism treatment today? / R.K. Fuller, E. Gordis // Addiction. — 2004. — Vol. 99, №1. — P. 21—24.
52. Gaines, A.D. Medical/Psychiatric Knowledge in France and the United States: Culture and Sickness in History and Biology / Gaines A.D. ed. Ethnopsychiatry: The cultural construction of professional and folk psychiatries. — Albany: State University of New York Press, 1992a. — 506 p.
53. Gaines, A.D. From DSM-I to III-R; voices of self, mastery and the other: a cultural constructivist reading of U. S. psychiatric classification // Soc. Sci. Med. — 1992b. — Vol. 35, № 1. — P. 3—24.
54. Gilinsky, Y. The drug treatment system in Russia: past and present, problems and prospects / Y. Gilinsky, V. Zobnev / [Klingemann H., Hunt G., eds.] Drug treatment systems in an international perspective: Drugs, demons, and delinquents. — Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1998. — 340 p.

55. Good, B. Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective. The Lewis Henry Morgan lectures, 1990. — Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1994. — 242 p.
56. Graham, L.R. Science, philosophy, and human behavior in the Soviet Union. — New York: Columbia University Press, 1987. — 565 p.
57. Hacking, I. «Style» for historians and philosophers // Stud. Hist. Philos. Sci. — 1992. — Vol. 23, №1. — P. 1—20.
58. Hald, J. A drug sensitizing the organism to ethyl alcohol / J. Hald, E. Jacobsen // Lancet. — 1948. — Vol. 2, №26. — P. 1001—1004.
59. Harrington, A. The Many Meanings of the Placebo Effect: Where They Came From, Why They Matter // Biosocieties. — 2006. — Vol. 1, № 02. — P. 181—193.
60. Harrington, A. The cure within: A history of mind-body medicine. — New York, NY: W. W. Norton, 2008. — 336 p.
61. Healy, D. The antidepressant era — Cambridge, MA: Harvard University Press, 1997. — 317 p.
62. Heather, N. Disulfiram treatment for alcoholism // Brit. Med. J. — 1989. — Vol. 299, №6697. — P. 471.
63. Heimer, R. HIV and Drug Use in Eurasia / R. Heimer, M. Merson, K. Irwin, R. Booth [J. Twigg ed.] HIV/AIDS in Russia and Eurasia, Vol. 1. — New York: Palgrave Macmillan, 2007. — 240 p.
64. Hobbes T. Gaskin, J.C.A. ed. Leviathan — Oxford; New York: Oxford University Press, 1998[1651].
65. Hoskovec, J. A review of some major works in Soviet hypnotherapy // Int. J. Clin. Exp. Hyp. — 1967. — Vol. 15, №1. — P. 1—10.
66. Ivanets, N.N. Present State and Prospects of Treatment of Alcoholism in the Soviet Union / N.N. Ivanets, I.P. Anokhina, V.F. Egorov, Y.V. Valentik [Klingermann H., Takala J.P., Hunt G. eds.] Cure, care, or control: Alcoholism treatment in sixteen countries. — Albany: State University of New York Press, 1992. — 341 p.
67. Johnsen, J. Depot preparations of disulfiram: experimental and clinical results / J. Johnsen, J. Morland // Acta. Psychiat. Scand. — 1992. — Vol. 86, №S369. — P. 27—30.
68. Joravsky, D. Russian psychology, a critical history. — London: Blackwell, 1989. — 583 p.
69. Kelly, A. Research and the Subject: The Practice of Informed Consent // Political and Legal Anthropology Review. — 2003. — Vol. 26, №2. — P. 182—195.
70. Kenna, G.A. Pharmacotherapy, pharmacogenomics, and the future of alcohol dependence treatment, part 1 / G.A. Kenna, J.E. McGeary, R.M. Swift // Am. J. Health-Syst. Ph. — 2004. — Vol. 61, №21. — P. 2272—2279.
71. Kirman, B. Psychotherapy in the Soviet Union / [O'Connor N. ed.] Present-Day Russian Psychology. — New York: Pergamon Press, 1966. — 201 p.
72. Kirmayer, L.J. Toward a Medicine of the Imagination // New Literary Hist. — 2006. — Vol. 37, №3. — P. 583—605.
73. Kitataka, J. Diagnosing Suicides of Resolve: Psychiatric Practice in Contemporary Japan // Cult. Med. Psychiat. — 2008. — Vol. 32, №2. — P. 152—176.
74. Kleinman, A. Neurasthenia and depression: A study of somatization and culture in China // Cult. Med. Psychiat. — 1982. — Vol. 6, №2. — P. 117—190.
75. Kline, S.A., Kingstone E. Disulfiram implants: the right treatment but the wrong drug? // Can. Med. Assoc. J. — 1977. — Vol. 116, №12. — P. 1382—1383.
76. Lakoff, A. Pharmaceutical reason: Knowledge and value in global psychiatry. — Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2006. — 206 p.
77. Lauterbach, W. Soviet psychotherapy. — London: Pergamon Press, 1984. — 241 p.
78. Ledeneva, A.V. Russia's economy of favours: Blat, networking, and informal exchange. — Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1998. — 235 p.
79. Lee, S. Diagnosis Postponed: Shenzing Shuairuo and the Transformation of Psychiatry in Post-Mao China // Cult. Med. Psychiat. — 1999. — Vol. 23, №3. — P. 349—380.
80. Lemere, F. Aversion Treatment of Alcoholism: some reminiscences // Addiction. — 1987. — Vol. 82, №3. — P. 257—258.
81. Leon, D.A. Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol, or what? / D.A. Leon, L. Chenet, V.M. Shkolnikov et al. // Lancet. — 1997. — Vol. 350, №9075. — P. 383—388.
82. Leon, D.A. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study / D.A. Leon, L. Saburova, S. Tomkins et al. // Lancet. — 2007. — Vol. 369, №9578. — P. 2001—2009.
83. Lindquist, G. Conjuring hope: Magic and healing in contemporary Russia. — New York: Berghahn Books, 2005. — 251 p.
84. Lloyd, S. Morals, Medicine and Change: Morality Brokers, Social Phobias, and French Psychiatry // Cult. Med. Psychiat. — 2008. — Vol. 32, №2. — P. 279—297.
85. Lovell, A.M. Addiction Markets: The Case of High-Dose Buprenorphine in France / Petryna A., Lakoff A., Kleinman A. eds. Global pharmaceuticals: Ethics, markets, practices. — Durham, N.C.: Duke University Press, 2006. — 301 p.
86. Luhrmann, T.M. Of two minds: The growing disorder in American psychiatry. — New York: Knopf, 2000. — 337 p.
87. Malcolm, M.T. Disulfiram Implantation Critically Evaluated / M.T. Malcolm, J.S. Madden, A.E. Williams // Brit. J. Psychiat. — 1974. — Vol. 125, №5. — P. 485—489.
88. Mann, K. Pharmacotherapy of alcohol dependence — A review of the clinical data // CNS Drugs. — 2004. — Vol. 18, №8. — P. 485—504.
89. Martensen-Larsen, O. Treatment of alcoholism with a sensitizing drug // Lancet. — 1948. — Vol. 2, №6539. — P. 1004.
90. Matza, T. Moscow's Echo: Technologies of the Self, Publics, and Politics on the Russian Talk Show // Cult. Anthropol. — 2009. — Vol. 24, №3. — P. 489—522.
91. Miller, M. Freud and the Bolsheviks: Psychoanalysis in Imperial Russia and the Soviet Union. — New Haven: Yale University Press, 1998. — 237 p.
92. Miresco, M.J. The Persistence of Mind-Brain Dualism in Psychiatric Reasoning About Clinical Scenarios / M.J. Miresco, L.J. Kirmayer // Am. J. Psychiat. — 2006. — Vol. 163, №5. — P. 913—918.
93. Nemtsov, A.V. Alcohol-related human losses in Russia in the 1980s and 1990s // Addiction. — 2002. — Vol. 97, №11. — P. 1413—1425.
94. Notzon, F.C. Causes of Declining Life Expectancy in Russia / F.C. Notzon, Y.M. Komarov, S.P. Ermakov et al. // J. Am. Med. Assoc. — 1998. — Vol. 279, №10. — P. 793—800.
95. O'Brien, C.P. Anticraving Medications for Relapse Prevention: A Possible New Class of Psychoactive Medications // Am. J. Psychiat. — 2005. — Vol. 162, №8. — P. 1423—1431.
96. O'Farrell T.J. Disulfiram (antabuse) contracts in treatment of alcoholism / T.J. O'Farrell, J.P. Allen, R.Z. Litten // NIDA Research Monograph Series: Integrating Behavioral Therapies with Medications in the Treatment of Drug Dependence. — 1995. — Vol. 150. — P. 65—91.
97. Orlova, A.V. The Russian «War on Drugs»: A Kinder, Gentler Approach? // Probl. Post-Communism. — 2009. — Vol. 56, №1. — P. 23—34.
98. Oshakine, S.A. The Quantity of Style // Theor. Cult. Soc. — 2000. — Vol. 17, №5. — P. 97—120.
99. Parfitt, T. Putin urged to address “Russia’s curse” / T. Parfitt // Lancet. — 2006. — Vol. 367, №9506. — P. 197—198.

100. *Patico, J.* To be happy in a Mercedes: Tropes of value and ambivalent visions of marketization // *Am. Ethnol.* — 2005. — Vol. 32, №3. — P. 479—496.
101. *Pavlov, I.P.* Relations between excitation and inhibition, delimitation between excitation and inhibition, experimental neuroses in dogs // *Psychopathology and psychiatry.* — New York: Transaction Publishers, 1994[1925]. — 451 p.
102. *Petryna, A.* Life exposed: Biological citizens after Chernobyl. — Princeton: Princeton University Press, 2002. — 264 p.
103. *Petryna, A.* Global pharmaceuticals: Ethics, markets, practices / A. Petryna, A. Lakoff [Kleinman A. eds.]. — Durham, N.C.: Duke University Press, 2006. — 301 p.
104. *Platonov, K.I.* The word as a physiological and therapeutic factor: The theory and practice of psychotherapy according to I.P. Pavlov. — Moscow: Foreign Languages Pub. House, 1959. — 452 p.
105. *Price D.D.* A comprehensive review of the placebo effect: recent advances and current thought / D.D. Price, D.G. Finniss, F. Benedetti // *Annu. Rev. Psychol.* — 2008. — Vol. 59. — P. 565—590.
106. *Raikhel, E.* Institutional Encounters: Identification and Anonymity in Russian Addiction Treatment (and Ethnography) / E. Raikhel, J. Borneman, [A. Hammoudi eds.]. Being there: The fieldwork encounter and the making of truth. — Berkeley: University of California Press, 2009. — 280 p.
107. *Reitan, T.C.* The operation failed, but the patient survived: Varying assessments of the Soviet Union's last anti-alcohol campaign // *Communis. Post-Commun.* — 2001. — Vol. 34, №2. — P. 241—260.
108. *Rivkin-Fish, M.R.* Women's health in post-Soviet Russia: The politics of intervention. — Bloomington, IN: Indiana University Press, 2005. — 253 p.
109. *Rose, N.* The Neurochemical Self and Its Anomalies // N. Rose, R.V. Ericson, [A. Doyle eds.]. Risk and morality. — Toronto: University of Toronto Press, 2003. — 461 p.
110. *Rose, N.* The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century. — Princeton: Princeton University Press, 2007. — 350 p.
111. *Ryan, M.* Doctors and the state in the Soviet Union. — New York: St. Martin's Press, 1990. — 205 p.
112. *Salmi, A.* Health in Exchange: Teachers, Doctors, and the Strength of Informal Practices in Russia // *Cult. Med. Psychiat.* — 2003. — Vol. 27, №2. — P. 109—130.
113. *Saris, A.J.* An Uncertain Dominion: Irish Psychiatry, Methadone, and the Treatment of Opiate Abuse // *Cult. Med. Psychiat.* — 2008. — Vol. 32, №2. — P. 259—277.
114. *Schull, N.D.* Machines, Medication, Modulation: Circuits Of Dependency And Self-Care In Las Vegas // *Cult. Med. Psychiat.* — 2006. — Vol. 30, №2. — P. 223—247.
115. *Segal, B.M.* The theoretical bases of Soviet psychotherapy // *Am. J. Psychother.* — 1975. — Vol. 29, №4. — P. 503—523.
116. *Segal, B.M.* The drunken society: Alcohol abuse and alcoholism in the Soviet Union: A comparative study. — New York: Hippocrene Books, 1990. — 618 p.
117. *Shorter, E.* A history of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac. — New York: Wiley, 1998. — 448 p.
118. *Skultans, V.* A historical disorder: neurasthenia and the testimony of lives in Latvia // *Anthropol. Med.* — 1997. — Vol. 4. — P. 7—24.
119. *Skultans, V.* From damaged nerves to masked depression: inevitability and hope in Latvian psychiatric narratives // *Soc. Sci. Med.* — 2003. — Vol. 56, №12. — P. 2421—2431.
120. *Smith, R.* Inhibition: History and meaning in the sciences of mind and brain. — Berkeley: University of California Press, 1992. — 333 p.
121. *Solomon, P.H.* Soviet criminologists and criminal policy: specialists in policy-making. — London: Macmillan, 1978. — 253 p.
122. *Steffen, V.* Challenging control: Antabuse medication in Denmark / V. Steffen, H.Jessen, V. Steffen, R. Jenkins eds. Managing uncertainty: Ethnographic studies of illness, risk and the struggle for control. — Copenhagen: University of Copenhagen/Museum Tusulanum Press, 2005. — 287 p.
123. *Suh, J.J.* The Status of Disulfiram: A Half of a Century Later / J.J. Suh, H.M. Pettinati, K.M. Kampman, C.P. O'Brien // *J. Clin. Psychopharm.* — 2006. — Vol. 26, №3. — P. 290—302.
124. *Sytinsky, I.A.* Modern methods in treatment of chronic alcoholism: a review of the Soviet literature / I.A. Sytinsky, Z.P. Gurevitch // *Addict. Behav.* — 1976. — Vol. 1, №4. — P. 269—279.
125. *Thompson, J.J.* Reconsidering the Placebo Response from a Broad Anthropological Perspective / J.J. Thompson, C. Ritenbaugh, M. Nichter // *Cult. Med. Psychiat.* — 2009. — Vol. 33, №1. — P. 112—152.
126. *Todes D.P.* Pavlov and the Bolsheviks // *Hist. Phil. Life Sci.* — 1995. — Vol. 17, №3. — P. 379—418.
127. *Twigg, J.L.* Balancing the state and the market: Russia's adoption of obligatory medical insurance // *Europe-Asia Stud.* — 1998. — Vol. 50, №4. — P. 583—602.
128. *Valverde, M.* Diseases of the will: Alcohol and the dilemmas of freedom. — Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1998. — 251 p.
129. *Valverde, M.* Targeted Governance and the Problem of Desire [Ericson R.V., Doyle A. eds.] Risk and morality. — Toronto: University of Toronto Press, 2003. — 461 p.
130. *van der Geest S., Whyte S.R. eds.* The context of medicines in developing countries: Studies in pharmaceutical anthropology. — Dordrecht, the Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1988 — 393 p.
131. *Vrecko, S.* Folk Neurology and the Remaking of Identity // *Mol. Interv.* — 2006C. — Vol. 6, №6. — P. 300—303.
132. *Vrecko, S.* Governing Desire in the Biomolecular Era: addiction and the making of neurochemical subjects. Dissertation awarded in Sociology at the London School of Economics and Political Science. — London, 2006b.
133. *White, S.* Russia goes dry: Alcohol, state and society. — Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1996. — 250 p.
134. *White, W.L.* Slaying the dragon: The history of addiction treatment and recovery in America. — Bloomington, IL.: Chestnut Health Systems/Lighthouse Institute, 1998. — 390 p.
135. *Whyte, S.R.* Social lives of medicines / S.R. Whyte, S. van der Geest, A. Hardon. — Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2002. — 200 p.
136. *Windholz, G.* The 1950 Joint Scientific Session: Pavlovians as the accusers and the accused // *J. Hist. Behav. Sci.* — 1997. — Vol. 33, №1. — P. 61—81.
137. *Wortis, J.* Soviet psychiatry. — Baltimore: Williams & Wilkins, 1950. — 314 p.
138. *Young, A.* The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder — Princeton: Princeton University Press, 1995. — 327 p.
139. *Young A.* History, hystery and psychiatric styles of reasoning / Lock M., Young A., Cambrosio A. eds. Living and Working with the New Medical Technologies: Intersections of Inquiry. — Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2000. — 295 p.
140. *Zigon, J.* The Mortality of HIV/AIDS: A Comparison of Russian Orthodox Church and Secular NGO Approaches [Cholewka P., Motlagh M.M. eds.] Health capital and sustainable socioeconomic development. — London: Taylor & Francis, 2008. — 469 p.