

Надання долікарської та першої лікарської допомоги здійснюватиметься в медичних пунктах батальйонів і частин забезпечення, відповідно підсилених лікарями загальної практики й АП-2.

Надання кваліфікованої медичної допомоги проводитиметься в розгорнутих медичних ротах бригад, ВМГ і ВППГ на відповідних оперативно-тактичних напрямках та в окремих операційних районах.

Планом медичного забезпечення передбачається також розгортання ПГБ і ТерГБ МОЗ України.

Загальні втрати особового складу медичної служби за операцію (30 діб) можуть становити 140–375 чол., з них втрати лікарів — 6–15 чол., медичних сестер — 12–30, санітарних інструкторів — 38–105 чол., санітарів — 84–225 чол.

Висновки

Таким чином, аналіз літератури, нормативно-правових і директивних документів дозволяє зробити висновок, що Збройні сили України відповідно до ситуацій запобігання та стримування воєнних загроз національній безпеці держави завдання за призначенням виконуватимуть скла-

дом мирного часу (без додаткового доукомплектування). За ситуаціями відсічі збройній агресії, захисту суверенітету, територіальної цілісності та недоторканності держави необхідно доукомплектувати Збройні сили як особовим складом, так і технікою.

ЛІТЕРАТУРА

1. Біла книга 2006. Оборонна політика України // Військо України. — 2007. — № 4 (82). — Спец. випуск. — 95 с.

2. Санітарні втрати військ при різних ситуаціях їх застосування із урахуванням ізольованої та комбінованої дії різних уражаючих факторів : метод. посібник. — Харків, 2007. — 104 с.

3. Бадюк М. І. Наукове обґрунтування можливих санітарних втрат військ при руйнуванні хімічно небезпечних об'єктів : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / М. І. Бадюк ; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. — К., 1998. — 17 с.

4. Основи організації медичного забезпечення за умов надзвичайних ситуацій / за ред. В. В. Дурдинця, В. О. Волошина. — К. : Медекол, 1999. — 526 с.

5. Сахно І. І. Особенности ликвидации медико-санитарных последствий наводнений / И. И. Сахно, М. И. Гоголев, И. А. Смирнов // Военно-медицинский журнал. — 2001. — № 2. — С. 17-22.

УДК 616.89-008:004-036-07-084

К. В. Аймедов, канд. мед. наук, доц.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ГЕМБЛІНГУ НА ОСНОВІ КОРЕКЦІЇ БАЗОВИХ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПЕРЕКОНАНЬ

Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616.89-008:004-036-07-084

К. В. Аймедов

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГЕМБЛИНГА НА ОСНОВЕ КОРРЕКЦИИ БАЗОВЫХ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ УБЕЖДЕНИЙ

Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина

В статье рассматривается проблема дифференцированного применения психотерапии у пациентов с патологической склонностью к азартным играм. Показано воздействие когнитивно-поведенческой психотерапии на мотивационный компонент зависимого поведения. Установлено, что эффективность предложенного подхода, основанного на коррекции базовых дисфункциональных убеждений личности, наиболее высокая, когда у больного еще не сформирована система патологических мотивов.

Ключевые слова: патологический гемблинг, когнитивно-поведенческая психотерапия, базовые дисфункциональные убеждения личности.

UDC 616.89-008:004-036-07-084

K. V. Aymedov

DIFFERENTIATED APPROACH TO GAMBLING THERAPY ON THE BASIS OF CORRECTION OF BASIC DYSFUNCTIONAL MOTIVATIONS

The Odesa State Medical University, Odesa, Ukraine

In the article the problem of the differentiated application of psychotherapy in patients with pathological propensity to gambling is presented. The cognitive-behavioral psychotherapy influence on the motivational component of dependent conduct is given.

It is established that efficiency of the offered approach, which is based on the correction of basic dysfunctional persuasions of personality, is the greatest in the case if a patient has no a developed system of pathological reasons yet.

Key words: pathological gambling, cognitive-behavior psychotherapy, basic disfunctional persuasions of personality.

Актуальність пошуку методів всебічної корекції патологічної схильності до азартних ігор (синоніми — гемблінг, лудоманія) зараз уже ні в кого не викликає сумніву, а необхідність інтенсифікації саногенетичного впливу шляхом поєднання фармако- та психотерапії також є очевидною [1; 2].

Провідне значення психотерапії у лікуванні психічних і поведінкових розладів, у патогенезі яких патологічна залежність посідає центральне місце, є визнаним багатьма дослідниками проблеми [3; 4]. Безпосередньо вибір психотерапевтичної стратегії має бути зумовленим насамперед особливостями контингенту хворих. Притаманними для патологічних гравців є порівняно невисока інтелектуально-мнестична деградація, лише часткова соціальна дезадаптація, відносно високий рівень соціальної підтримки та небажання брати участь у довгострокових лікувальних програмах.

У сучасній наркологічній і психіатричній практиці одним із провідних методів лікування адиктивних розладів є когнітивно-поведінкова психотерапія. Це, насамперед, комплекс заходів щодо формування у пацієнта усвідомлення власних неадаптивних когнітивних патернів і навчання його навичкам їх зміни, що, у свою чергу, покликане привести до позитивних емоційних і поведінкових наслідків [5]. У хворих із проявами ігрової залежності переваги когнітивно-поведінкової психотерапії, що проводиться в амбулаторному режимі, очевидні — це і можливість тривалого впливу на поведінку хворого, й урахування його досить потужної анозогнозії разом із критичним, навіть драматичним, ставленням до своїх екзистенціальних проблем, і конгруентність методу лікування очікуванням хворого, який звернувся по допомогу. Когнітивно-поведінкова психотерапія була обрана нами як альтернатива доволі широко розповсюдженим так званим плацебо орієнтованим сугестивним підходам.

Якщо провідна роль психотерапії у комплексному лікуванні хвороб залежності є загальновизнаною, залишаються не до кінця з'ясованими деякі питання стратегії й тактики психотерапевтичного лікування адиктивних розладів, не пов'язаних із вживанням психоактивних речовин [6]. Одне з таких питань стосується специфіки терапії лудоманів, медична допомога яким надається, як правило, в окремому лікувальному центрі, до якого більшість із них звертається анонімно та проходить реабілітацію у форматі нерозголошення даних. Це природно, оскільки більшість наших пацієнтів зберігає позитивний соціальний статус, інколи вони навіть займають видне місце у суспільстві.

Виявлення ірраціональних установок у процесі психотерапевтичної роботи дозволяє сформулювати достатньо типові та стійкі когнітивні комплекси, так звані базові дисфункціональні

переконавання, що включають у себе вірування, очікування, запити, систему цінностей особистості. При лікуванні залежності ірраціональні установки значною мірою визначають мотиви захоплення азартною грою, терапевтичні установки, очікування від лікування, які і є мішенню психотерапевтичного впливу.

Метою даного дослідження є підвищення ефективності комплексного лікування лудоманів в умовах спеціального анонітного центру шляхом застосування когнітивно-поведінкової психотерапії з урахуванням мотивів захоплення грою.

Провідними завданнями дослідження були:

— аналіз початкових запитів пацієнтів щодо терапії;

— порівняння особливостей психотерапевтичного процесу у пацієнтів із різними ірраціональними установками та базовими дисфункціональними переконаваннями;

— оцінка ефективності когнітивно-поведінкової психотерапії у пацієнтів із різними мотивами гри.

Матеріали та методи дослідження

Клініко-психопатологічними та катамнестичними методами досліджено 160 хворих чоловічої статі з проявами патологічної залежності від азартних ігор, яким на базі клініки Одеського державного медичного університету проведено психотерапевтичне лікування, що базувалося на когнітивно-поведінковій психотерапії. Вік пацієнтів коливався у межах 22–35 років (середній вік — $(28,0 \pm 1,8)$ року). Клінічні прояви захворювання в усіх пацієнтів відповідали критеріям залежності від азартних ігор згідно з вимогами Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10), шифр F 63.0.

Критерії виключення з дослідження — наявність у хворого:

— коморбідних шизофренії, шизотипового або шизоафективного розладу;

— афективного розладу настрою, біполярний тип (монополярний тип з депресіями чи маніакальними станами з легким перебігом, які спостерігались у 3 хворих і не потребували окремої госпіталізації, були включені до дослідження);

— органічного розладу особистості з вираженим психоорганічним синдромом.

Ми не виключали з дослідження хворих із коморбідною патологією, що зарахована до рубрик F 4, F 5 і F 6 (розлади невротичні, соматоформні та пов'язані зі стресом; розлади, пов'язані з дією фізіологічних факторів, і розлади зрілої особистості у дорослих), оскільки, за даними провідних дослідників, проблема лудоманії практично завжди співіснує з іншими коморбідними психічними та поведінковими розладами [7]. У дослідження також були включені хворі з двома або навіть трьома коморбідними залежностями (алкогольна, комп'ютерна, трудоволізм).

До контрольної групи увійшло 50 пацієнтів, яким проведено медикаментозне лікування рексетином дозою 20 мг на день прийому протягом 3 міс.

На початку психотерапевтичного лікування всі пацієнти цілком припинили маніпуляції з ігровими автоматами, у них повністю чи частково було купіровано прояви синдрому відміни [8]. Період утримання від гри на автоматах коливався від 2 до 6 діб. Ми намагалися розпочинати психотерапію безпосередньо після того, як хворий виявив намір позбутися своєї залежності.

Власне психотерапевтичне лікування проводилося в індивідуальній та сімейній формах і включало мотиваційний етап протягом першого тижня, етап навчання (2–4 тиж.) та етап підтримки (4–12 тиж.).

Курс когнітивно-поведінкової психотерапії продовжувався від 1,5 до 4 міс. Пацієнтам проводилося 12 сесій із частотою відвідування щонайменше двох разів на тиждень на першому етапі лікування, одного разу на тиждень — на другому й одного разу на два тижні — на третьому етапі лікування.

На мотиваційному етапі ми з'ясовували мотив звернення по допомогу, збирали суб'єктивний та об'єктивний (зі слів близьких родичів) анамнез, вивчали внутрішню картину захворювання, проводили роз'яснювальну інформуючу бесіду, формували мету терапії та складали психотерапевтичний контракт [3].

На етапі навчання пацієнт у доступній формі отримував уявлення про принципи когнітивно-поведінкової психотерапії, засвоював методики виконання психотерапевтичних вправ і завдань. Когнітивний компонент лікування полягав у веденні самозвітів, знаходженні (техніка заповнення пропусків за А. Еллісом) і викритті ірраціональних установок, створенні нових, більш адаптивних, когнітивних конструкцій [9]. Афективний компонент терапії полягав у навчанні пацієнтів визначенню та диференціюванню своїх емоцій, подоланню алекситимії. Поведінковий компонент терапії включав засвоєння навичок, що спонукають до обминання ігрових автоматів: постановка та реалізація мети, планування свого життя, асертивної поведінки, розв'язання конфліктів у мікросоціальному оточенні, релаксації тощо. На етапі навчання пацієнт вів електронний щоденник, у який заносив правила безпеки, перелік провокуючих ситуацій і алгоритмів поведінки у цих ситуаціях, результати виконання практичних завдань.

Етап навчання переходив у етап підтримки, коли пацієнт був здатним ідентифікувати власні ірраціональні установки та диференційовано застосовувати різні варіанти поведінки у ситуаціях, що провокують появу патологічного потягу до азартних ігор. Встановлені під час первинного клінічного інтерв'ю мотиви участі у грі й уявлен-

ня про лікування підлягали аналізу. Проаналізовано також з'ясовані у процесі початкового етапу психотерапії когнітивні патерни, тобто ірраціональні установки. При вивченні мотивів участі у грі ми керувалися класифікацією В. Ю. Зав'ялова, який виділив три групи мотивів: соціально-психологічні (традиційні, субмісивні, псевдокультурні); особистісні (гедоністичні, атарактичні, активуючі); патологічні (мотивація пов'язана з синдромом відміни, мотивація адиктивна, мотивація саморуйнації) [10].

Нами розроблено модифікацію методики Зав'ялова щодо залежності від азартних ігор [11]. Мотиви визначались у процесі психотерапії за допомогою спеціального опитувальника щодо виявлення особливостей гемблінгової мотивації. Таким чином, ці мотиви у даному дослідженні є маркерами певної когнітивної схеми — сукупності базових дисфункціональних переконань і відповідних їм ірраціональних установок пацієнта, які лежать в основі його дезадаптивних емоційних і поведінкових патернів. Домінуючі установки ми визначали на основі аналізу клінічного психотерапевтичного матеріалу, який отримували під час сесій індивідуальної психотерапії, щоденників самозвітів пацієнтів і спеціального письмового завдання «історія моєї залежності».

Пацієнти були розділені на три групи залежно від переважної мотивації гри: 1-ша група (60 пацієнтів) — з домінуванням соціально-психологічних мотивів, 2-га група (60 пацієнтів) — з домінуванням особистісних мотивів, 3-тя група (40 пацієнтів) — з домінуванням патологічних мотивів.

Результати дослідження та їх обговорення

З'ясовано, що перевага соціально-психологічних мотивів участі у грі (1-ша група — 60 хворих) супроводжується домінуючими ірраціональними установками щодо можливості контролю над участю у грі та значним індивідуально-психологічним неприйняттям поняття «лудоман». Типовими прикладами установок у пацієнтів 1-ї групи були: «У мене є достатньо сили волі, щоб у будь-яку хвилину припинити гру» (78,3 %), «Лудомани — це слабкі люди» (86,7 %), «Біля автомата я не почуваю себе одинаком» (65,0 %), «Я хіба не можу трохи позайматися тим, що мені подобається (тобто, пограти)?» (73,3 %).

У структуру базових дисфункціональних переконань, які сприяли грі у хворих цієї групи, входила зневіра у власних силах, зокрема у здатності організувати своє життя та наповнити його у подальшому змістом. Характерним був страх втратити довіру з боку референтної групи, якому належало домінуюче місце у свідомості. Практично це означало для суб'єкта стати одинаком. Таким чином, внутрішня картина хвороби була поверхневою та будувалася нібито паралельно з

внутрішнім світом людини. Звідси — шаблонне уявлення про лікування від залежності: прохання «зняти тягу», «закодувати» і т. ін. Психотерапія на мотивуючому етапі мала на меті сформулювати більш реальне уявлення про захворювання та можливість усвідомлюваного формування цілей терапії, наприклад, «навчитися вмінню відмовитися від гри», «завжди пам'ятати про свої інтереси», «навчитися відпочивати змістовно, не вдаючись до гри на автоматах», «розвинути в собі інші форми спілкування з навколишнім світом, аніж грати».

У пацієнтів із домінуванням особистісних мотивів участі в ігровій діяльності (2-га група) переважали установки, пов'язані з загостреним почуттям справедливості та загостреної критики: «Я не в змозі це перебороти» (65,0 %), «При такому тяжкому житті, як у мене, я можу дозволити собі трохи розслабитись і пограти» (73,3 %). Може також спостерігатися перфекціоністська установка типу: «Я маю все робити якнайкраще, у тому числі грати; я не маю права на програш» (73,3 %).

Водночас внутрішня картина хвороби була більш адекватною, а початкова мотивація на лікування у цих пацієнтів була вищою, ніж мотивація у пацієнтів 1-ї групи. Однак у деяких випадках були наявні ірраціональні установки та проявляли себе у відношенні до лікування як до «покарання за гріхи» з вимогою відповідних радикальних методів. Очевидно, що прагнення самопокарання відбивало своєрідне бажання пацієнта «домогтися справедливості» у контексті тези «Я — жертва несправедливості».

У хворих 3-ї групи (з домінуванням патологічних мотивів гри) відмічено високу частоту ірраціональних установок, що відбивають низький рівень суб'єктивного контролю: «Я зовсім втратив силу волі» (82,5 %), «Рідні мають зрозуміти мою слабкість» (72,5 %), «В умовах соціально-економічної кризи я хіба не заслужив право трохи розслабитися та пограти на автоматах» (95,0 %). Усвідомлення необхідності терапії було нестійким, а відношення до лікування амбівалентним із характерною пасивною позицією: «Лікарю, я сподіваюсь на Вашу мудрість і професіоналізм». Умовою успішності терапії у цьому разі була її тривалість при постійному позитивному підкріпленні концепції утримання від гри. Паралельно проводилося навчання навичкам саморегуляції, що допомагало протидіяти переконанню «Я — безпомічний».

Методи терапії, яким віддавалася перевага (початковий запит на терапію), оцінювали за підсумками первинного інтерв'ю. Останнє будувалося таким чином, що пацієнт декларував своє бачення головної проблеми та знову-таки пропонував шляхи її подолання.

Запит на «зняття потягу» був провідним у 1-й групі та слабо вираженим у 2-й і 3-й групах. Це

найбільш показово у 3-й групі, де саме патологічний мотив захоплення грою був домінуючим, тобто спостерігалась об'єктивно найбільша вираженість потягу до гри (85,0 %). Це, напевно, свідчить про різне розуміння дослідником і хворим семантичної конструкції «потяг до гри», який є досить аморфним, недиференційованим і має широке змістовне наповнення. Пацієнти 1-ї групи, в яких переважали соціально-психологічні мотиви, віддавали перевагу такому розумінню «потяг до гри», за яким стоїть рефлекторне, найчастіше усвідомлюване бажання грати на автоматах у деяких певних ситуаціях, наприклад: за необхідності виконувати якусь кропітку нецікаву роботу, при виникненні тимчасового інформаційного вакууму, як засіб відволіктися від тяжких думок і переживань, за необхідності «вбити час».

Не дивно, що «зняття потягу» як мета лікування у цій групі становила всього 30 %, що відбивало певний тип анозогнозії, тобто сприйняття захворювання як чогось зовнішнього по відношенню до особистості, свого роду моносимптому, що може бути усунутим завдяки моментальній, але дуже ефективній лікувальній процедурі. Така точка зору позбавляла індивідуума необхідності переглянути базові принципи відношення до себе («Я — не хвора людина, мені просто необхідно усунути потяг до автоматів»). Пацієнти 3-ї групи (з переважно патологічними мотивами) були схильні уникати дефініції «потяг», оскільки для них він визначає компульсивність зацікавленості грою, та переносили акцент на заборонні методи. Останні внаслідок їх широкого застосування стали фактично соціально схвальними, нестигматизуючими, наприклад, кодування за О. Р. Довженком і похідні від нього [12]. Формула «У мене нема потягу і я не буду грати, якщо знатиму, що мені не можна (тобто отримаю зовнішній поштовх)» дає можливість сприймати тяжкість свого стану й істинний ступінь дезадаптації менш драматично, тобто включати такий механізм психологічного захисту як заперечення факту нагальної проблеми. Велика частина (більше 20 % хворих у кожній із груп) пацієнтів, чутливих до заборонних методів, відбиває універсальність вищенаведеного механізму анозогнозії. Переважають представники 2-ї групи (33,3 %). Необхідність сформулювати власне уявлення про захворювання підміняється ідеєю про недостойну поведінку, яка заслуговує строгого та справедливого покарання, тобто лікування радикальними методами. Запит на психотерапію був високим серед пацієнтів 3-ї групи, що зумовлено, з одного боку, руйнацією психологічних захистів при прогресуванні захворювання та появою очевидних ознак соціальної дезадаптації, що, до речі, спонукає пацієнтів прийняти більш реалістичну точку зору («Дійшов до краю»). З другого боку, бажання пройти курс психотерапії може бути викликане підсвідомим прагнен-

ням надати ігровій залежності другорядного характеру, висуваючи на перше місце особистісні порушення. Значний процент запиту на психотерапію виявився і в 2-й групі (56,6 %), що пояснюється наявністю психологічних проблем та особистісних мотивів участі у грі. У більшості пацієнтів це усвідомлюється під час первинної консультації.

Катамнестичні дані про тривалість ефекту психотерапії у досліджених пацієнтів свідчать на користь запропонованого методу психотерапії. Так, ремісія протягом 12 і більше місяців становила у 1-й групі 66,7 %, у другій — 55,0 %, у третій — 40,0 % (у контрольній групі — 33,3 %). При цьому повторно самостійно звернулися по допомогу та продовжили лікування: у 1-й групі — 5 осіб (25,0 % від загальної кількості рецидивів у цій групі), у 2-й групі — 6 (22,2 % від загальної кількості рецидивів у цій групі), у 3-й групі — 6 (25,0 % від загальної кількості рецидивів у цій групі). Таким чином, психотерапевтичний метод лікування у нашому дослідженні мав перевагу перед фармакотерапією (різниця є статистично значимою, $P \leq 0,05$). Навіть у 3-й групі, де результат терапії найгірший (40,0 % ремісій тривалістю рік і більше), він був кращим, ніж у контрольній (33,3 %).

Висновки

1. Застосування когнітивно-поведінкової психотерапії з впливом на когнітивну, емоційну та поведінкову сфери особистості є патогенетично обґрунтованим у хворих із патологічною залежністю від азартних ігор. Когнітивно-поведінкова психотерапія, що формально належить до поведінкових методів лікування, набуває рис особистісно-орієнтованої психотерапії, ілюструючи зближення підходів на сучасному етапі розвитку психотерапії.

2. Когнітивно-поведінкова психотерапія була найефективнішою у лікуванні пацієнтів із домінуючими соціально-психологічними мотивами гри на ігрових автоматах, що свідчить про порівняну ізолюваність базових дисфункціональних переконань у них при стабільній соціальній підтримці.

3. У групі пацієнтів із переважанням особистісних мотивів когнітивно-поведінкова психотерапія також дозволяє забезпечити значну кількість ремісій задовільної якості. Важливо, що у разі рецидиву пацієнти цієї групи поновлюють лікування за власною ініціативою, що безперечно є позитивним наслідком проведеної когнітивно-поведінкової психотерапії.

4. Малоефективним є застосування когнітивно-поведінкової психотерапії у хворих із переважанням патологічних мотивів; без відповідної корекції соціального середовища складно досягти позитивного результату в даній групі пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Сизоненко Е. В. Психотерапия пациентов с зависимостью от азартных игр / Е. В. Сизоненко, Т. В. Агибалова, О. Ж. Бузык // Современные принципы терапии и реабилитации психических больных : рос. конф. 11-13 октября 2006 г., Москва : материалы. — М., 2006. — С. 311.
2. Bowen M. Family Therapy in Clinical Practice / M. Bowen. — N. Y., 1978. — P. 116.
3. Бек А. Когнитивная психотерапия расстройств личности / А. Бек, А. Фримен. — СПб., 2002. — 544 с.
4. Брюн Е. А. Зависимость от азартных игр как наркологическая проблема / Е. А. Брюн, О. Ж. Бузык, Р. В. Власовских // Вопросы наркологии. — 2007. — № 1. — С. 39-42.
5. Короленко Ц. П. Аддиктивное поведение. Характеристика и закономерности развития / Ц. П. Короленко // Обозрение психиатрии и психологии. — 1991. — Т. 1. — С. 8-15.
6. Зайцев В. В. Эффективность психотерапии патологической склонности к азартным играм / В. В. Зайцев // 13-й съезд психиатров России, 13-14 октября 2000 г. : материалы. — М., 2000. — С. 36-37.
7. Битенский В. С. Клинико-психопатологические аспекты трансформации аддиктивного поведения в условиях «информационного взрыва» / В. С. Битенский, В. А. Пахмурный, К. В. Аймедов // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2006. — № 1-2 (9-10). — С. 161-167.
8. Frances R. J. Clinical text of addictive disorders / R. J. Frances, S. I. Muller. — N. Y., 2002. — 226 p.
9. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: рационально-эмоциональный подход / А. Эллис. — М. : ЭКСМО, 2002. — 142 с.
10. Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / В. Ю. Завьялов. — Новосибирск : Наука, 1988. — 198 с.
11. Аймедов К. В. Мотивация гемблинга и ее количественная оценка / К. В. Аймедов // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2009. — № 2 (16). — С. 27-34.
12. Буль П. И. Концептуальные основы метода стрессотерапии по А. Р. Довженко / П. И. Буль, Г. И. Григорьев, Н. В. Советная // Вестник психотерапии. — 2004. — № 11 (16). — С. 95-97.