

Проблемы маршрутизации пациентов, употребляющих психоактивные вещества

Андрей Николаевич Пичугин*

Психиатрическая больница №19, г. Домодедово, Россия

Реферат

Алкоголизм и наркомания — сопутствующие или косвенные причины смерти практически во всех подклассах болезней, а также частые причины насильственной смерти. В сфере выявления, лечения, профилактики и сопровождения изучаемой группы больных существует огромное количество проблем, например анозогнозия, возможное ограничение пациентов в правах, социально-ограничивающий характер наркологической помощи и т.д. В результате у пациентов, принимающих психоактивные вещества, значительно снижена мотивация к обращению к врачам-наркологами. В работе наркологической службы много системных организационных проблем, существенно затрудняющих маршрутизацию больных, отличающуюся от маршрутизации пациентов соматического профиля. В связи с этим научные исследования, направленные на оптимизацию наркологической помощи, имеют особую актуальность. Кроме того, каждый субъект Российской Федерации имеет ряд особенностей (территориальных, экономических и т.д.), а это указывает на необходимость изучения отдельных видов специализированной помощи, учитывая особенности каждого конкретного региона. Существует несколько уровней маршрутизации пациентов, каждый из которых включает определённые задачи, составные компоненты и обозначает ожидаемый результат. Маршрутизация наркологических пациентов имеет свои особенности, связанные как с временной изоляцией больных, так и с дальнейшей длительной реабилитацией. В результате модель узкоспециализированной помощи больным, употребляющим психоактивные вещества, не позволяет вовлекать в каждый из этапов терапии максимально возможное количество нуждающихся и не способствует решению основных проблем общественного здравоохранения. Несмотря на очевидную доступность данного вида помощи, для большинства потенциальных клиентов она остаётся малопривлекательной.

Ключевые слова: маршрутизация, психоактивные вещества, наркологические больные, врач-психиатр-нарколог, реабилитация.

Для цитирования: Пичугин А.Н. Проблемы маршрутизации пациентов, употребляющих психоактивные вещества. *Казанский мед. ж.* 2019; 100 (2): 303–309. DOI: 10.17816/KMJ2019-303.

The problem of routing of patients using psychoactive substances

A.N. Pichugin

Psychiatric Hospital No. 19, Domodedovo, Russia

Abstract

Alcoholism and drug addiction are concomitant or indirect causes of death in almost all subclasses of diseases, as well as frequent causes of violent death. In the field of detection, treatment, prevention and support of the studied group of patients, there is a huge number of problems, such as anosognosia, possible limitation of patients' rights, socially restrictive nature of addiction care, etc. As a result, patients taking psychoactive substances, have significantly reduced motivation to appeal to narcologists. There are many systemic organizational problems in the work of the addiction service, which significantly hamper the routing of patients, which differs from the routing of patients of somatic profile. In relation to this, scientific research aimed at optimizing drug addiction service is of particular relevance. In addition, each subject of the Russian Federation has a number of features (territorial, economic, i.e.), and this indicates the need to study certain types of specialized assistance, taking into account the characteristics of each specific region. There are several levels of patient routing, each of which includes certain tasks, components, and indicates the expected result. The routing of addictive patients has its own peculiarities, related both to temporary isolation of patients and to further long-term rehabilitation. As a result, the model of highly specialized care for

patients using psychoactive substances does not allow involving the greatest possible number of people in need in each stage of therapy and does not contribute to solving the main public health problems. Despite the obvious availability of this type of assistance, for most potential customers it remains unattractive.

Keywords: routing, psychoactive substances, addictive patients, psychiatrist-narcologist, rehabilitation.

For citation: Pichugin A.N. The problem of routing of patients using psychoactive substances. *Kazan medical journal*. 2019; 100 (2): 303–309. DOI: 10.17816/KMJ2019-303.

Среди официальных причин смертности алкоголизм и наркоманию не обозначают как отдельный класс, но, начиная с 2000-х годов, в публикациях и выполняемых научных работах появились попытки определить роль психоактивных веществ (ПАВ) в структуре причин смертности российского населения [1–5]. Это связано с усилением внимания правительства к демографическим проблемам общества, в частности к статистике заболеваемости и росту смертности трудоспособного населения [6].

Известно, что эти заболевания бывают сопутствующими, латентными или косвенными причинами смерти при таких категориях болезней, как (1) инфекционные заболевания; (2) психические расстройства; (3) болезни нервной и эндокринной систем, расстройства питания, нарушение обмена веществ; (4) болезни систем кровообращения и дыхания. Кроме того, употребление алкоголя и наркотиков «сопровождает» смертность от самоубийств, убийств, травм и других внешних причин [7–11].

В сфере мониторинга заболеваний, связанных с употреблением ПАВ, существует ещё одна проблема — формирование у пациентов анозогнозии. В результате люди, употребляющие ПАВ, не склонны признавать наркологические проблемы и, как результат, считать себя больными, а также обсуждать свои проблемы с врачами, лечащими соматические заболевания, и обращаться за профессиональной помощью [11–18].

Один из основных факторов, препятствующих обращению к специалистам соответствующего профиля, — стигматизация, когда «позорный ярлык», существующий в современном обществе, мешает признать у себя наличие заболевания, а обращению подобному пациенту в наркологический диспансер мешает страх ограничения в правах (например, диспансерный учёт или отказ в выдаче прав на вождение автотранспорта). В лучшем случае эта группа пациентов занимается самолечением или выбирает нетрадиционные (немедицинские) методы коррекции, чаще всего, находясь под давлением родственников.

В итоге вырисовывается противоречивая ситуация, когда, с одной стороны, больные,

употребляющие ПАВ, должны находиться на лечении у врачей-наркологов в соответствующих медицинских учреждениях, с другой стороны — из-за анозогнозии и стигматизации, а также социально-ограничивающего характера наркологической помощи больные, употребляющие ПАВ, не мотивированы к обращению в государственные лечебные учреждения. В результате такие пациенты обращаются в частные коммерческие наркологические клиники, где пройти все этапы лечения зачастую не представляется возможным, в том числе из-за высокой стоимости.

В связи со всем вышеперечисленным легальная специализированная помощь со стороны врачей психиатров-наркологов не востребована, а скрытый нелеченый контингент наркологических больных в обществе увеличивается [19–22]. Подобное положение в сфере лечения пациентов, употребляющих ПАВ, оборачивается неблагоприятными последствиями и для больных, и для здравоохранения и общества в целом.

В работе наркологической службы есть системные организационные проблемы.

1. Невысокая мотивация больных, употребляющих ПАВ, к включению в программы лечения и медицинской реабилитации, а в результате их низкая обращаемость в государственные и муниципальные медицинские организации, которые оказывают наркологическую помощь населению. В свою очередь, это ведёт к низкой загруженности развёрнутых наркологических и реабилитационных коек.

2. Стигматизация больных алкоголизмом и наркоманией вследствие возможной постановки на наркологический учёт, сопряжённой с неизбежными социальными ограничениями и возможной передачей сведений о лицах, потребляющих ПАВ, из наркологических учреждений в правоохранительные органы [приказ Министерства здравоохранения (МЗ) Российской Федерации (РФ) от 30 декабря 2015 г. №1034н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю “психиатрия-наркология” и порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ»].

3. Отсутствие систематизированного мониторинга масштабов распространённости злоупотребления ПАВ.

4. Дефицит обеспеченности населения врачами-психиатрами-наркологами, средним и младшим медицинским персоналом, а также врачами-психотерапевтами, медицинскими психологами, социальными работниками, специалистами по социальной работе (приказ МЗ РФ от 5 июня 2014 г. №263 «О модернизации наркологической службы до 2016 г.») [23–25].

Это обуславливает актуальность научных исследований, направленных на оптимизацию наркологической помощи. Помимо этого, каждый субъект РФ имеет особенности экономического, демографического, природно-климатического характера (в южных и северных регионах разная статистика заболеваемости по наркологическому профилю: в более холодных регионах преобладает хронический алкоголизм, в южных — наркотическая зависимость), что приводит к необходимости изучения отдельных видов специализированной помощи с учётом региональных особенностей.

Имея чёткую программу маршрутизации данной категории больных, значительную часть проблем удалось бы минимизировать. Схема маршрутизации пациентов — организационная технология и один из способов внедрения порядков оказания медицинской помощи пациентам по профилям заболеваний и состояний.

Выделяют несколько уровней маршрутизации пациентов, каждый из которых имеет свои задачи, организацию и составные этапы (приказ МЗ №358 от 08.06.2016 делит все лечебные учреждения на три уровня). Однако маршрутизация наркологических больных имеет свои особенности, в частности связанные с временной изоляцией больных и дальнейшей длительной реабилитацией (приказ МЗ РФ от 5 июня 2014 г. №263 «О модернизации наркологической службы до 2016 г.»). Рассмотрим более подробно схему маршрутизации пациентов соматического профиля и больных, употребляющих ПАВ.

Если говорить о соматических больных, то первый уровень составляют муниципальные, участковые и районные медицинские учреждения, из них выбраны наиболее укомплектованные, как по кадрам, так и по оборудованию, способные оказывать медицинскую помощь на межрайонном уровне. Задачи функционирования медицинских учреждений первого уровня:

– проведение профилактических мероприятий среди населения и осуществление полного сопровождения пациентов каждый день (приказ МЗ №358 от 08.06.2016);

– помощь пациентам при неинфекционных и наиболее распространённых соматических болезнях (например, сахарном диабете, гипертонической болезни и т.д.).

Медицинские учреждения первого уровня должны оказать пациентам первичную медико-санитарную поддержку, учитывая потребности прикреплённых граждан, уровень и статистику заболеваемости, характеристику смертности, плотность и половозрастной состав пациентов, а также иные важные характеристики пациентов. В этот уровень включены районные и участковые больницы, центральные районные больницы, городские поликлиники, врачебные амбулатории, преимущественно оказывающие первичную медицинскую помощь населению, в том числе и первичную специализированную.

Что касается больных наркоманией и алкоголизмом, то первичную специализированную медико-санитарную помощь оказывают врач-психиатр-нарколог и участковый врач-психиатр-нарколог. Чаще обращение больных к соответствующим врачам происходит после оказания неотложной помощи, включающей дезинтоксикационные мероприятия и меры, направленные на восстановление функционирования сердечно-сосудистой, дыхательной, выделительной и других систем. После этого больного направляют в специализированное наркологическое отделение или к участковому врачу-психиатру-наркологу.

Оказание помощи обозначенным больным происходит или при самостоятельном обращении граждан, или при направлении заинтересованными организациями (например, образовательными — комиссия по делам несовершеннолетних; органами дознания и следствия — Управлением федеральной службы исполнения наказаний, судами и др.), а также при направлении врачами других специальностей медицинских организаций, в том числе участковым врачом-терапевтом, участковым врачом-педиатром, врачом общей практики (семейным врачом).

Существует достаточно широкий арсенал показаний для направления граждан на консультацию участкового врача-психиатра-нарколога. К ним относятся сведения о злоупотреблении ПАВ в настоящее время и/или в анамнезе, выявление постинъекционных изменений поверхностных вен немедицинского характера или подтверждённой инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека (кроме случаев вертикального пути передачи инфекции). Ещё одним показанием может быть наличие

сведений об административных правонарушениях, связанных с состоянием опьянения, отказах от медицинского освидетельствования или сведений о прохождении лечения в психиатрическом стационаре по поводу лечения интоксикационного психоза или абстинентного синдрома, а также в токсикологических отделениях по поводу лечения отравлений ПАВ. Сюда же относятся неоднократные и необоснованные обращения пациентов с целью назначения им снотворных, седативных средств, транквилизаторов, антидепрессантов, наркотических анальгетиков, кодеин-содержащих медикаментов.

Таким образом, если говорить о соматической патологии, то цель первого этапа — профилактика и первичное выявление заболевания. Обратившийся самостоятельно за помощью пациент полностью осознаёт ответственность за несвоевременные действия, как с его стороны, так и со стороны медицинского персонала. У больных, потребляющих ПАВ, как сказано выше, существует проблема анозогнозии, поэтому есть разница между обратившимися или доставленными в неотложном состоянии и реальным количеством наркозависимых. Одним из методов повышения результативности первого этапа может стать усиление мотивационной составляющей. В этом (в числе прочего) могут помочь пропаганда здорового образа жизни, разъяснительная беседа среди уязвимых слоёв населения и т.д. [12–14].

Второй этап в числе медицинских организаций для пациентов с соматическими заболеваниями представляют межрайонные медучреждения, которые расположены в населённых пунктах и городах, население которых составляет не менее 30 тыс. человек. У них должны быть удобные подъездные пути, чтобы пациентов можно было транспортировать в них из любого места прикрепленной территории в течение часа. Такие центры должны быть обеспечены всем необходимым оборудованием и специалистами, которые смогут качественно и быстро провести лечебно-диагностические мероприятия. В том числе необходимы ультразвуковые комплексы, магнитно-резонансные и компьютерные томографы, лаборатории экстренного профиля и т.д.

В межрайонных центрах сконцентрированы специалисты разных направлений и профилей. Цели функционирования медицинских учреждений второго уровня можно охарактеризовать как стратегические, поскольку именно они ответственны за снижение смертности населения. На этом уровне также должна быть

представлена схема маршрутизации пациентов для оперативного оказания специализированной медпомощи. Во вторую группу включены медучреждения, которые круглосуточно могут оказать стационарную специализированную медицинскую помощь в лечебно-диагностических отделениях и центрах межрайонной направленности. Это должно повысить доступность медицинской помощи для прикрепленных граждан.

Ко второму уровню относятся медицинские учреждения, которые делают акцент на оказании специализированной медпомощи, имеющие в своём составе межмуниципальные специализированные отделения, межмуниципальные центры. Также это многопрофильные медицинские учреждения, в том числе центральные районные больницы и районные медучреждения, а также многопрофильные городские учреждения и специализированные диспансеры.

Второй этап для больных, потребляющих ПАВ, представлен наркологическими кабинетами центральных районных (городских) больниц в лице врача-психиатра-нарколога. Это так называемая плановая наркологическая помощь. В её состав входит первичная, вторичная и третичная профилактика наркологических заболеваний. Первичную профилактику осуществляют врачи стационарных отделений, ведущие амбулаторный приём, врачи-психиатры, психотерапевты и медицинские психологи, а также врачи, имеющие право проводить медицинское освидетельствование на состояние опьянения [26–29].

В работу вышеописанных категорий специалистов входят следующие функции.

1. Проведение разъяснительной антинаркотической и антиалкогольной работы с населением.
2. Участие в организации и проведении мероприятий по профилактике потребления ПАВ несовершеннолетними на территории обслуживания.
3. Своевременная диагностика наркологической патологии у пациентов с соматической и неврологической патологией.
4. Мотивирование данных пациентов на обращение к врачу-психиатру-наркологу.
5. Проведение медицинского освидетельствования на состояние опьянения.

Проведение вторичной и третичной профилактики осуществляют врачи-наркологи-психиатры в специализированных наркологических кабинетах при центральных районных больницах или в областном наркологическом диспансере [30–35].

Работа специалистов этого уровня включает следующие мероприятия.

1. Оказание квалифицированной специализированной наркологической помощи в амбулаторных и стационарных условиях.

2. Оказание консультативной и организационно-методической помощи организациям и иным по вопросам профилактики и оказания наркологической помощи.

3. Планирование, организация и участие в мероприятиях по профилактике наркологических заболеваний среди населения региона.

4. Проведение эпидемиологического анализа распространённости наркологических заболеваний на территории области.

5. Организация и проведение научно-практических мероприятий по вопросам оказания наркологической помощи и профилактики.

6. Освоение и внедрение в клиническую практику современных методов диагностики, лечения и реабилитации наркологических заболеваний.

7. Плановое медицинское наблюдение за больными с наркологическими заболеваниями с проведением поддерживающего и противорецидивного лечения.

8. Проведение медицинского освидетельствования на состояние опьянения.

Таким образом, для больных соматического профиля второй уровень маршрутизации служит основным, поскольку именно на этом этапе оказывают специализированную помощь, которая ведёт или к полному выздоровлению пациента, или к переводу заболевания в стадию длительной ремиссии. Что касается больных, употребляющих ПАВ, далеко не все из их числа доходят до этого этапа, поскольку, получив экстренную и неотложную помощь, они возвращаются к добольничному образу жизни. А учитывая, что все лечебно-профилактические мероприятия на этом этапе проводят только с добровольного согласия больных, зачастую этот этап носит условный характер.

Ещё большую проблему в рамках лечения наркологических больных представляет собой третий этап, включающий реабилитационную помощь. Если говорить про больных соматического профиля, третий этап — это оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Оказание помощи на этом уровне происходит в специализированных медицинских центрах. Отличительная особенность всех этих медучреждений — в их деятельности активно применяют высокие технологии и последние достижения медицинской науки. По этой причине на третьем уровне функционируют

медицинские учреждения, которые специализируются только на высокотехнологичной медицинской помощи, — краевые и областные медучреждения, клиники медицинских вузов, научно-исследовательские центры и т.д.

Медицинские учреждения третьего уровня занимаются передовыми разработками высокотехнологичной медицинской помощи: (1) осуществляют стентирование венечных сосудов; (2) оказывают отдельные виды урологической и оториноларингологической медпомощи; (3) занимаются эндопротезированием суставов; (4) хирургическим путём лечат нарушения сердечного ритма; (5) занимаются абдоминальной и сосудистой хирургией; (6) оказывают современную нейрохирургическую медпомощь; (7) используют современные вспомогательные репродуктивные технологии.

Больным, употребляющим ПАВ, на третьем этапе помощь оказывают те же специалисты, что на первом и втором этапах, — врачи-психиатры-наркологи (отделения реабилитации и областные наркологические диспансеры). Учитывая, что значительная доля больных не имеют мотивации для прохождения второго этапа, они полностью игнорируют третий.

Обычно для больных, согласившихся добровольно пройти реабилитационную программу, этот этап включает следующие мероприятия.

1. Проведение первичной реабилитации:

– противорецидивная и поддерживающая терапия;

– элементы психотерапии и психокоррекции;

– семейное консультирование.

2. Мотивирование пациента на вхождение в реабилитационные программы.

3. Сотрудничество с учреждениями и организациями, участвующими в реабилитации наркологических больных.

4. Динамическое наблюдение за пациентом на этапе реабилитации.

Таким образом, одна из главных проблем маршрутизации наркологических больных — низкая мотивация на лечение. Чаще всего цели обращения больных, употребляющих ПАВ, к врачам различаются с предлагаемыми наркологами. Если врачи-наркологи нацеливают пациентов на достижение стойкой ремиссии и длительное воздержание, то основная доля пациентов ориентированы или на временное воздержание (30%), или на достижение контроля над дозой и частотой употребления ПАВ (21%). Только третья часть обращающихся зависимых от ПАВ в специализированные наркологические учреждения стремятся к полному воздержанию, а 11% вообще не имеют цели,

что, скорее всего, связано с принуждением родственников к обращению [36–38].

Современная ситуация с маршрутизацией больных, употребляющих ПАВ в РФ, характеризуется низкой востребованностью специализированной помощи из-за низкой обращаемости пациентов в специализированные наркологические учреждения, в связи с высоким уровнем скрытого контингента больных, а также значительным отрицательным влиянием наркологической патологии на состояние соматического здоровья пациентов, что сопровождается высокой летальностью [7, 20]. Можно утверждать, что модель узкоспециализированной помощи больным, употребляющим ПАВ, не позволяет вовлекать в программы терапии максимально возможное количество нуждающихся и не способствует решению основных проблем общественного здравоохранения. Несмотря на очевидную доступность данного вида помощи, для большинства потенциальных пациентов она остаётся малопривлекательной.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калашникова Г.В. Алкоголизм и наркомания как причины смертности населения. *Молодой учёный*. 2011; 10 (2): 132–133. [Kalashnikov G.V. Alcoholism and drug addiction as the cause of population mortality. *Molodoy uchenyy*. 2011; 10 (2): 132–133. (In Russ.)]
2. Кошкина Е.А., Спектор Ш.И., Сенцов В.Г. и др. *Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма*. М.: ПЕР СЭ. 2008; 288 с. [Koshkina E.A., Spector S.I., Sentsov V.G. et al. *Medicinskie, social'nye i ehkonomicheskie posledstviya narkomanii i alkoholizma*. (Medical, social and economic consequences of drug addiction and alcoholism.) Moscow: PER SE. 2008; 288 p. (In Russ.)]
3. Немцов А.В., Разводовский Ю.Е. Алкогольная ситуация в России, 1980–2005 гг. *Социал. и клин. психиатрия*. 2008; (2): 52–60. [Nemtsov A.V., Razvodovskiy Yu.E. Alcohol situation in Russia, 1980–2005. *Social'naya i klinicheskaya psikhatriya*. 2008; (2): 52–60. (In Russ.)]
4. Немцов А.В. Российская смертность в свете потребления алкоголя. *Демограф. обозрение*. 2015; 2 (4): 111–135. [Nemtsov A.V. The Russian death rate in the light of alcohol consumption. *Demograficheskoe obozrenie*. 2015; 2 (4): 111–135. (In Russ.)] DOI: 10.17323/demreview.v2i4.1770.
5. Немцов А.В., Шелыгин К.В., Савельев Д.В. Сезонность смертельных отравлений алкоголем, алкогольных психозов и потребления (продажи) алкоголя в Москве в 2000–2015 гг. *Социал. и клин. психиатрия*. 2017; 27 (4): 32–37. [Nemtsov A.V., Shelygin K.V., Savel'ev D.V. Seasonality of fatal alcohol poisoning, alcohol psychosis and alcohol consumption (sales) in Moscow in 2000–2015. *Social'naya i klinicheskaya psikhatriya*. 2017; 27 (4): 32–37. (In Russ.)]
6. Указ Президента РФ от 9 июня 2010 г. №690 «Об утверждении стратегии государственной антинаркотической политики РФ до 2020 г.». [The decree of the President of the Russian Federation from June 9, 2010 №690 «On approval of the Strategy of the state anti-drug policy of the Russian Federation till 2020». (In Russ.)]
7. Менделевич В.Д. Терапия наркологических расстройств в общемедицинской сети: смена парадигмы. *Вопр. наркол.* 2014; (2): 141–153. [Mendelevich V.D. Therapy of narcological disorders in the General medical network: paradigm change. *Voprosy narkologii*. 2014; (2): 141–153. (In Russ.)]
8. Немцов А.В., Шелыгин К.В. Алкоголь — существенный фактор самоубийств. *Консультативн. психол. и психотерап.* 2016; 24 (3): 164–180. [Nemtsov A.V., Shelygin K.V. Alcohol — a significant factor in suicides. *Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2016; 24 (3): 164–180. (In Russ.)] DOI: 10.17759/cpp.2016240310.
9. Немцов А.В., Орлов А.В. Алкоголизм в конце 1980-х и начале 2010-х годов. *Ж. неврол. и психиатр.* 2016; 116 (6): 60–65. [Nemtsov A.V., Orlov A.V. Alcoholism in the late 1980s and early 2010s. *Zhurnal neurologii i psichiatrii*. 2016; 116 (6): 60–65. (In Russ.)] DOI: 10.17116/jnevro.20161166160-65.
10. Немцов А.В., Шелыгин К.В. Самоубийства и потребление алкоголя в России, 1956–2013 гг. *Суицидология*. 2016; 7 (3): 3–12. [Nemtsov A.V., Shelygin K.V. Suicide and alcohol consumption in Russia, 1956–2013. *Suicidologiya*. 2016; 7 (3): 3–12. (In Russ.)]
11. Альтшулер В.Б. Эффективная и доказательная наркология в эпоху ВИЧ (комментарий к конференции). *Наркология*. 2008; (10): 95–97. [Altshuler V.B. Effective and evidence-based narcology in the era of HIV (comments to the conference). *Narkologiya*. 2008; (10): 95–97. (In Russ.)]
12. Казаковцев Б.А. Современные формы психиатрической помощи. *Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова*. 2003; 103 (9): 66–68. [Kazakovtsev B.A. Modern forms of psychiatric care. *Zhurnal neurologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova*. 2003; 103 (9): 66–68. (In Russ.)]
13. Айвазова А.Е. *Психологические аспекты зависимости*. СПб.: Речь. 2003; 120 с. [Ayvazova A.E. *Psikhologicheskie aspekty zavisimosti*. (Psychological aspects of addiction.) Saint Petersburg: Rech'. 2003; 120 p. (In Russ.)]
14. Благов Л.Н., Дёмина М.В. Современные проблемы реабилитации больных с опиоидной зависимостью. *Наркология*. 2004; (10): 52–55. [Blagov L.N., Demina M.V. Modern problems of rehabilitation of patients with opioid dependence. *Narkologiya*. 2004; (10): 52–55. (In Russ.)]
15. Благов Л.Н. Психопатологический феномен рентности и манипулятивности поведения наркологического больного. *Наркология*. 2008; (11): 87–98. [Blagov L.N. Psychopathological phenomenon of rentness and manipulative behavior of a narcological patient. *Narkologiya*. 2008; (11): 87–98. (In Russ.)]
16. Кольцова О.В. *Психология работы с наркозависимыми*. СПб.: Речь. 2007; 160 с. [Koltsova O.V. *Psikhologiya raboty s narkozavisimymi*. (Psychology of work with drug addicts.) Saint Petersburg: Rech'. 2007; 160 p. (In Russ.)]
17. Griffiths P., McKetin R. Developing a global perspective on drug consumption patterns and trends the challenge for drug epidemiology. *Bull. Narcotics*. 2003; (1–2): 1–9.
18. Luoma J., Drake C.E., Kohlenberg B.S., Hayes S.C. Substance abuse and psychological flexibility: The development of a new measure. *Addiction Res. Theory*. 2011; 19 (1): 3–13. DOI: 10.3109/16066359.2010.524956.
19. Клименко Т.В. Комментарий по статье В.Д. Менделевича «Пути модернизации наркологической службы: время выбирать профессиональный подход». *Наркология*. 2013; (3): 84–85. [Klimenko T.V. Comment on V.D. Mendelevich's article «Ways of modernization of drug treatment

service: time to choose a professional approach». *Narkologiya*. 2013; (3): 84–85. (In Russ.)]

20. Менделевич В.Д., Зиганшин Ф.Т., Гурьянова Т.В. Психиатрия, общество и безопасность граждан: общероссийские и татарстанские тенденции. *Неврол. вестн.* 2011; (1): 3–8. [Mendelevich V.D., Ziganshin F.T., Gur'yanova T.V. Psychiatry, society and security of citizens: the all-Russian and Tatarstan trends. *Nevrologicheskij vestnik*. 2011; (1): 3–8. (In Russ.)]

21. Менделевич В.Д. Пути модернизации наркологической службы: время выбирать профессиональный подход. *Наркология*. 2013; (3): 77–83. [Mendelevich V.D. Ways of modernization of drug treatment service: time to choose a professional approach. *Narkologiya*. 2013; (3): 77–83. (In Russ.)]

22. Белокрылов И.В., Кузнецов А.Г., Райзман Е.М. Психотерапия больных наркоманией с низкой мотивацией на лечение. *Вопр. наркол.* 2010; (2): 28–35. [Belokrylov I.V., Kuznetsov A.G., Rayzman E.M. Psychotherapy in drug addicted patients with low motivation for treatment. *Voprosy narkologii*. 2010; (2): 28–35. (In Russ.)]

23. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 13.07.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 24.07.2015). [Federal law №323-FZ of 21.11.2011 (as amended on 13.07.2015) «On the principles of public health protection in the Russian Federation» (amended and suppl., in force with 24.07.2015) (In Russ.)]

24. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. №929н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “наркология”. В рамках приказа “Об утверждении Порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации”» (с изменениями на 15 марта 2011 г.) (утратил силу с 06.05.2013 на основании приказа Минздрава России от 15.11.2012 №929н). [Order of the Ministry of health of the Russian Federation of November 15, 2012 №929n «About the statement of the Order of rendering medical care on the profile “narcology”. Within the order “About the statement of the Order of rendering the narcological help to the population of the Russian Federation”» (with changes by March 15, 2011) (is invalid since 06.05.2013 on the basis of the order of Ministry of health of Russia of 15.11.2012 №929n) (In Russ.)]

25. Приказ Минздрава России от 05.06.2014 №263 (ред. от 07.12.2015) «Об утверждении Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года». [(Order of Ministry of health of the Russian Federation of 05.06.2014 N 263 (edition of 07.12.2015) «About the approval of the concept of modernization of narcological service of the Russian Federation till 2016».) (In Russ.)]

26. Бубеев Ю.А., Козлов В.В., Круговых Н.Ф. Наркотические аддикции: профилактика и коррекция с помощью интегративных психотехнологий. М.: Слово. 2009; 464 с. [Bubeev Yu.A., Kozlov V.V., Krugovykh N.F. *Narkoticheskie addikcii: profilaktika i korrekciya s pomoshch'yu integrativnykh psixotekhnologij*. (Drug addiction: prevention and correction using an integrative psycho.) Moscow: Slovo. 2009; 464 p. (In Russ.)]

27. Дудко Т.Н. Система основных принципов построения лечебно-реабилитационного процесса в наркологии. *Вопр. наркол.* 1999; (2): 28–34. [Dudko T.N. System of basic principles of construction of treatment and rehabilitation process in narcology. *Voprosy narkologii*. 1999; (2): 28–34. (In Russ.)]

28. Игонин А.Л., Баранова О.В., Шевцова Ю.Б. Духовно-ориентированные и биологические методы коррекции

нарушений социального поведения наркологических больных (сравнительная оценка). *Наркология*. 2010; (9): 40–45. [Igonin A.L., Baranova O.V., Shevtaova Yu.B. Spiritually-oriented and biological methods of correction of violations of social behavior of narcological patients (comparative assessment). *Narkologiya*. 2010; (9): 40–45. (In Russ.)]

29. Брюн Е.А., Бузик О.Ж., Сокольчик Е.И. и др. Стандарты организации и программа реабилитации в наркологии (Стационарное отделение. Полустационар «Дом-на-полпути»). М.: Медиа-Студия. 2008; 30 с. [Bryun E.A., Buzik O.Zh., Sokol'chik E.I. et al. *Standarty organizacii i programma rehabilitacii v narkologii (Stacionarnoe otdelenie. Polustacionar «Dom-na-polputi»)*. (The standards of the organization and program of rehabilitation in addiction (Inpatient unit. Semi-stationary «House-on-halfway».) Moscow: Media-Studiya. 2008; 30 p. (In Russ.)]

30. Приказ министерства здравоохранения РФ от 22 октября 2003 г. №500 «Об утверждении протокола ведения больных “Реабилитация больных наркоманией (Z50.3)”». *Наркология*. 2004; (4–5): 11–17; 20–36. [Order of the Ministry of health of the Russian Federation of October 22, 2003 №500 «On approval of the Protocol of management of patients “Rehabilitation of drug addicts (Z50.3)”». *Narkologiya*. 2004; (4–5): 11–17; 20–36. (In Russ.)]

31. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии. М.: Прогрессивные биомедицинские технологии. 2001; 36 с. [Valentik Yu.V. *Reabilitaciya v narkologii*. (Rehabilitation in addiction.) Moscow: Progressivnyye biomedicinskie tekhnologii. 2001; 36 p. (In Russ.)]

32. Дудко Т.Н. Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами. *Вопр. наркол.* 2008; (3): 80–93. [Dudko T.N. A systematic approach in the provision of rehabilitation assistance to people with addictive disorders. *Voprosy narkologii*. 2008; (3): 80–93. (In Russ.)]

33. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных (реабилитология и реабилитационные концепции). *Вопр. наркол.* 2006; (1): 31–41. [Dudko T.N. Rehabilitation of drug-addicted patients (rehabilitation and rehabilitation concepts). *Voprosy narkologii*. 2006; (1): 31–41. (In Russ.)]

34. Мутахетдинов М.Н., Хозиева В.Б. Психологические условия реабилитации наркоманов: опыт исследовательской реконструкции. М.-Нижневартовск. 2004; 160 с. [Mutakhedtinov M.N., Khozieva V.B. *Psixologicheskie usloviya reabilitacii narkomanov: opyt issledovatel'skoj rekonstrukcii*. (Psychological conditions drug addicts rehabilitation: research experience of reconstruction.) Moscow-Nizhnevartovsk. 2004; 160 p. (In Russ.)]

35. Менделевич В.Д. Наркология в зеркале психиатрии. *Вопр. наркол.* 2016; (5–6): 123–138. [Mendelevich V.D. Narcology in the mirror of psychiatry. *Voprosy narkologii*. 2016; (5–6): 123–138. (In Russ.)]

36. Катков А.Л. Управление качеством в системе наркологической помощи (основные концепты и общий алгоритм реализации). *Наркология*. 2009; (6): 25–38. [Katkov A.L. Management of quality in the system of drug treatment (basic concepts and General implementation algorithm). *Narkologiya*. 2009; (6): 25–38. (In Russ.)]

37. Stitze M.L., Petry N.M., Peirc J. Motivational incentives research in the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network. *J. Substance Abuse Treat.* 2010; 38: 61–69. DOI: 10.1016/j.jsat.2009.12.010.

38. Альтшулер В.Б. Алкоголизм М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010; 264 с. [Al'tshuler V.B. *Alkogolizm*. (Alcoholism.) Moscow: GEOTAR-Media. 2010; 264 p. (In Russ.)]