

Состояние наркологической помощи в России в динамике с 1999 по 2003 гг.¹

ГОФМАН А.Г.

д.м.н., профессор, руководитель отделения психических расстройств, осложненных патологическими формами зависимости, Московский НИИ психиатрии МЗ РФ

ПОНИЗОВСКИЙ П.А.

аспирант отделения психических расстройств, осложненных патологическими формами зависимости, Московский НИИ психиатрии МЗ РФ

Приводятся данные, характеризующие изменение потребления алкоголя и различных психоактивных веществ (ПАВ) за последние 5 лет в России. Показано, что идет рост числа алкогольных психозов, рост смертности от причин, связанных с потреблением алкоголя. С 2002 г. началось уменьшение числа вновь взятых на учет больных наркоманиями. Несмотря на увеличение числа врачей-наркологов, частота их встреч с больными остается очень низкой. Делается вывод о необходимости изменения законодательства об оказании помощи больным алкоголизмом и наркоманиями, о необходимости резкого расширения количества учреждений, где осуществляется реабилитационная работа.

Численность наркологических учреждений амбулаторного и стационарного типа

Число наркологических диспансеров уменьшилось за 5 лет с 211 до 194, но выросло число учреждений, имеющих амбулаторные наркологические отделения/кабинеты с 1967 до 2007. Увеличилось и число детско-подростковых наркологических отделений, кабинетов с 248 до 332. Увеличилось число наркологических больниц с 11 до 15. Число наркологических коек увеличилось с 28 718 до 28 823, хотя по сравнению с 2002 г. число наркологических коек сократилось на 471. Однако при расчете числа наркологических коек на 100 тыс. чел. населения показатель остается стабильным — 2,0 как в 1999 г., так и в 2003 г. Количество психиатров-наркологов возросло с 4803 до 5759 в 2003 г. Если в 1999 г. число психиатров-наркологов на 100 тыс. чел. населения составляло 0,3, то в 2003 г. — 0,4.

Значительно увеличилось число занятых должностей психиатров-наркологов: в 1999 г. их было 6824, в 2003 г. — 8299. Это означает, что значительная часть врачей-наркологов работает больше чем на одну ставку (2540 должностей заняты совместителями). Увеличивается число занятых должностей психиатров-наркологов в расчете на 100 тыс. населения: с 0,5 до 0,6.

Несмотря на увеличение числа врачей-наркологов за 5 лет на 956 чел., а должностей — на 1475, работу амбулаторной наркологической службы нельзя считать полноценной, об этом свидетельствует такой важный показатель, как число посещений, приходящихся на 1 наркологического больного за 1 год.

За 5 лет нет никаких признаков положительной динамики. В среднем на одного наркологического больного приходится в год 2,2 посещения (как и в 1999 г.). Если больной всего 2 раза приходит на прием к врачу, о каком амбулаторном лечении может идти речь, тем более, что основной метод лечения — психотерапевтическое воздействие.

Удивителен разброс данных: в Ингушской республике — 5,4, в Орловской области — 4,5, в Бурятии — 4,8, в Еврейской АО — 4,6. В то же время в Сахалинской области — 0,5, в Читинской — 1,0, в Бурятии — 1,3, в Эвенкии — 0,9, в Нижегородской области — 1,3, в Тульской — 1,3, в Дагестане — 1,4, в Калмыкии — 1,1. Очень велики различия в пределах одного федерального округа: в Орловской области — 4,5, в Тульской — 1,3.

Понятно, что при таком положении дел эффективность лечения не столько зависит от амбулаторно проводимого лечения, сколько от течения заболевания. На что же уходит время возрастающего числа врачей-наркологов? Но мнению многих специалистов, время тратится на выдачу различных справок, дающих право водить машину, иметь огнестрельное оружие, работать на некоторых должностях.

Как же работают наркологические стационары? В 2003 г. общее число наркологических коек составило 28 823. Кроме того, часть коек в психиатрических больницах была занята больными алкоголизмом и не только теми, кто был госпитализирован в связи с алкогольным психозом. Показатели занятости койки (дней в году) имеют определенную динамику: в 1999 г. она составляла 296,8, в 2003 г. — 309,3. Разброс данных достаточно велик: в Чукотском АО — 730, в Псковской области — 497,4, в Иркутской — 363,1, в Мордовии — 357,2, а в Калужской — 191,2, в Тверской — 246,2, в Москве — 240,3, в Калмыкии — 235,0.

Заметны различия и по федеральным округам: в Центральном ФО — 281,5, в Северо-Западном — 330,6, в Южном — 306,6, а в Дальневосточном — 355,9.

Эти данные говорят о том, что на ряде территорий наркологические койки пустуют. Достаточно ли количеством коек располагает наркологическая служба? Если считать, что в среднем для лечения наркологического больного требуется 3 недели пребывания в стационаре, то за год может быть пролечено 424,522 больного (при ежегодной работе койки 309,3 дня в году). Это значит, что за год могут быть госпитализированы 12,3% больных, состоящих на учете в наркологических диспансерах (кабинетах). Между тем, в 2003 г. было госпитализировано 695 418 больных с зависимостью от алкоголя, наркотиков, ненаркотических препаратов и в связи с психотическими состояниями алкогольной и иной природы. Всего на долю психотических состояний приходится 177 379 больных, а на долю непсихотических состояний 518 039, или 15,6%, от числа состоящих на учете наркологических больных. На самом деле при хорошо поставленной работе в наркологических кабинетах совсем не требуется госпитализировать 15,6% больных. Эти данные говорят лишь о том, что амбулаторная служба не использует свои возможности и акцент в лечении больных переносится на стационары. Если учесть, что большая часть россиян проживает в городах, где наркологическая помощь вполне доступна, то создавшееся положение никак нельзя считать нормальным. Ведь 90% запоев и абстинентных состояний могут быть успешно купированы в домашних

¹ Авторы благодарят доктора мед. наук Е.А. Кошкину и сотрудников руководимого ею подразделения за предоставленную цифровую информацию

условиях. Если врач встречается с больным примерно 2 раза в год, то помимо выдачи справок он может в основном осуществлять не лечебные функции, а диспетчерские, т.е. направлять больных на лечение в стационар. Больных приучают к тому, что лечиться надо в больнице, а в наркологическом кабинете надо получать направление на лечение.

Пустующие койки — это не только результат отказа больных от госпитализации, но и стремление многих пациентов быстрее приступить к трудовой деятельности, чтобы не потерять работу. Возможно, что появление “коммерческих” коек также способствует сокращению длительности лечения в стационаре. За 5 лет средняя длительность госпитализации сократилась с 18,4 дня до 16 дней. В Центральном ФО это сокращение с 21,7 дня до 17,4, в Северо-Западном — с 18,4 до 17,1, в Южном с 23,4 до 18,3, в Приволжском — с 17,0 до 14,1, в Уральском с 16,6 до 14,6, в Сибирском — с 18,4 до 15,2, в Дальневосточном — с 18,1 до 15,8. Есть территории, где длительность госпитализации вполне достаточная: в Москве — 28,3 дня, в Ленинградской области — 23 дня, в Краснодарском крае — 21 день, в Волгоградской области — 22 дня, в Республике Алтай — 26 дней, в Омской области — 24 дня, в Камчатской области — 26,5 дня. Вместе с тем, есть территории, где длительность госпитализации очень мала: в Орловской области — 9,6 дня, в Смоленской — 9,5, в Калмыкии — 9,2, в Ставропольском крае — 9,9, в Бурятии — 9,9, в Алтайском крае — 8,6, в Хакасии — 4,6. Тенденция к сокращению длительности госпитализации прослеживается на абсолютном большинстве территорий (исключение — лишь пять территорий).

Наркологическая ситуация в России

В связи с тем, что в России получило большое распространение потребление наркотиков и психоактивных веществ, вызывающих зависимость, приходится раздельно рассматривать алкогольную ситуацию и наркотическую.

Алкогольная ситуация и ее динамика за 5 лет (1999–2003 гг.).

В 1999 г. число заболеваний наркологическими расстройствами, зарегистрированными в России (состоящими на учете) составляло 3 360 155 чел., или 2314,7 на 100 тыс. чел. населения, в 2003 г. — 3 462 261, или 2430,1 на 100 тыс. чел. населения. Прирост составил 102 106 чел., причем в основном не за счет алкоголизма и алкогольных психозов. По поводу алкоголизма в 1999 г. состояло на учете 1571,9 чел. на 100 тыс. чел. населения, в 2003 г. 1562,7 чел. на 100 тыс. чел. населения (количество больных уменьшилось на 5,6%). Одновременно увеличилось количество алкогольных психозов: в 1999 г. их было 88 018 (60,6 на 100 тыс. чел.), в 2003 г. — 137 944 (96,8 на 100 тыс. чел.), прирост в абсолютных цифрах составил 49 926 (57%).

В основном наблюдаются больные во II стадии алкоголизма — 84,8 %, в начальной стадии — 12,6 %, в третьей стадии — 2,6%. Эти показатели вызывают большие сомнения, так как больные в начальной стадии крайне редко обращаются в государственные учреждения, а алкогольные психозы у них не возникают. Впечатляет рост количества алкогольных психозов. Такого числа состоящих на учете больных алкогольными психозами (96,8 чел. на 100 тыс. чел. населения) никогда не отмечалось в прежние годы. Соответственно изменилось соотношение состоящих на учете больных алкоголизмом и алкогольными психозами: в 1999 г. это соотношение составляло 25,9:1, в 2003 г. — 16,15:1.

Более показательными являются данные о числе больных с впервые в жизни установленным диагнозом наркологического расстройства. В 1999 г. впервые в жизни диагноз алкоголизм был поставлен 111 493 больным (76,8 на 100 тыс. чел. населения), в 2003 г. — 148 586 больным (104,3 на 100 тыс. чел. населения). Прирост составил 35,8%.

Еще более показателен рост числа больных алкогольными психозами с впервые в жизни установленным диагнозом: в 1999 г. — 45 237 (31,2 на 100 тыс. чел. населения), в 2003 г. — 79 643 (55,9 на 100 тыс. чел. населения). Прирост составил 79,2%.

Как известно, наиболее информативными являются данные о числе больных, госпитализированных в связи с алкогольными психозами. В 1999 г. было госпитализировано 115 300 больных алкогольными психозами (79,4 на 100 тыс. чел. населения), в 2003 г. — 175 797 (123,4 на 100 тыс. чел. населения). Прирост составил 55,4%. Впервые в жизни диагноз алкогольного психоза у госпитализированных больных был поставлен следующему количеству пациентов: в 1999 г. — 59 684 больных (41,1 на 100 тыс. чел. населения), в 2003 г. — 93 328 больных (65,5 на 100 тыс. чел. населения). Прирост составил 59,4 %.

Таким образом, при некотором уменьшении числа больных алкоголизмом, состоящих на учете, идет рост числа алкогольных психозов (в том числе возникших впервые в жизни). Это свидетельствует об ухудшении алкогольной ситуации в стране.

Об этом же говорят данные о смертности, связанной с употреблением алкоголя. В 1995 г. умерло 57,7 тыс. чел. (39,2 на 100 тыс. чел. населения; в трудоспособном возрасте на 100 тыс. чел. соответствующего возраста — 54,4), в 1999 г. — 37,2 тыс. чел. (25,5 на 100 тыс. чел. населения), 33,0 на 100 тыс. чел. в трудоспособном возрасте), в 2002 г. умерло 60,5 тыс. чел. (42,3 на 100 тыс. чел. населения, 53,2 в трудоспособном возрасте на 100 тыс. чел. соответствующего возраста). За 4 года число умерших увеличилось на 23,2 тыс. человек (на 16,8 на 100 тыс. чел. населения). Таким образом, смертность увеличилась на 65,9 %, в трудоспособном возрасте — на 62%.

Заметно увеличение смертности у мужчин: в 1999 г. умерло 28,4 тыс. чел. (на 100 тыс. мужчин — 41,6, на 100 тыс. мужчин в трудоспособном возрасте — 53,2); в 2002 г. умерло 45,2 тыс. мужчин (на 100 тыс. мужчин — 67,6, на 100 тыс. мужчин в трудоспособном возрасте — 83,4). Иными словами, за 4 года смертность у мужчин увеличилась на 16,8 тыс. чел. (на 60%), в трудоспособном возрасте — на 57%.

Возросла смертность и женщин: в 1999 г. умерло 8,8 тыс. женщин (4,9 на 100 тыс. чел. населения, в трудоспособном возрасте — 11,8 на 100 тыс. женщин соответствующего возраста); в 2002 г. умерло 15,3 тыс. женщин (20,1 на 100 тыс. чел. населения, 22,4 на 100 тыс. женщин соответствующего возраста). Таким образом за 4 года смертность женщин увеличилась на 6,5 тыс. (на 74%).

Об ухудшении алкогольной ситуации всегда свидетельствовали данные о динамике алкоголизма среди женской и подростковой части населения.

В 1999 г. на учете состояло 469 577 женщин (608,9 на 100 тыс. чел. населения) в 2003 г. — 542 232 женщины (723,0 на 100 тыс. чел. населения). За 5 лет прирост составил 19%.

Число алкогольных психозов составило 16 549 (21,5 на 100 тыс. чел. населения) в 1999 г., в 2003 г. число алкогольных психозов составило 26 605 (35,0 на 100 тыс. чел. населения). Прирост составил 63%.

Увеличилось и количество подростков, состоящих на учете в связи с алкоголизмом: в 1999 г. их было 1655, в 2003 г. — 2771 (прирост на 68%).

Данные о росте женского и подросткового алкоголизма подтверждаются данными о росте числа алкогольных психозов.

В 2003 г. из 137 944 алкогольных психозов 26 606 приходились на женщин (20%), в 1999 г. — 19%.

В 1999 г. у подростков возникли 54 психоза, в 2003 г. — 115 (увеличение на 113%).

Таким образом, судя по официальным данным, возрастают число алкогольных психозов и смертность, связанная с потреблением алкоголя, увеличивается число женщин, страдающих алкоголизмом (16% по данным учета), увеличивается число алкогольных психозов у подростков. Все это свидетельствует о росте алкоголизма, данные о числе состоящих на учете в связи с алкоголизмом не отражают в полной мере ухудшение алкогольной ситуации в стране.

Наркоманическая ситуация

Официальная статистика намного хуже отражает положение со злоупотреблением наркотиками и веществами, вызывающими зависимость, чем алкогольную ситуацию; данные о числе состоящих на учете и вновь взятых на учет не отражают истинное положение дел.

В 1999 г. на учете в связи с зависимостью от наркотиков состояло 224 647 больных (154,8 на 100 тыс. чел. населения), в 2003 г. — 241,0 на 100 тыс. чел. населения). Прирост составил 56%.

В 1999 г. синдром зависимости от ненаркотических ПАВ зарегистрирован в 14 724 случаях (10,1 на 100 тыс. населения), в 2003 г. — в 15 043 случаях (10,6 на 100 тыс. населения). Прирост составил всего 5% (в абсолютных цифрах на 3%).

Вместе с тем, пагубное употребление наркотиков в 1999 г. составило 140 032 случая (96,5 на 100 тыс. чел. населения), в 2003 г. — 152 285 (106,9 на 100 тыс. чел. населения). Прирост составил всего 11%.

Пагубное употребление ненаркотических ПАВ составило в 1999 г. 33 815 случаев (23,3 на 100 тыс. чел. населения), в 2003 г. — 29 111 (0,4 на 100 тыс. чел. населения), другими словами, число зарегистрированных случаев пагубного употребления ненаркотических ПАВ уменьшилось на 18%. Более информативны данные о впервые в жизни установленных диагнозах зависимости от наркотиков и ненаркотических ПАВ.

В 1999 г. диагноз зависимости от наркотиков впервые в жизни был установлен в 60 876 случаях (41,9 на 100 тыс. чел. населения), в 2003 г. — в 22 894 случаях (16,1 на 100 тыс. чел. населения). Уменьшение частоты диагностики или уменьшение заболеваемости составило 62%. Эти данные вызывают большие сомнения, так как речь может идти о неучтенной заболеваемости. Нельзя исключить, что больные с зависимостью стали реже обращаться в государственные учреждения в связи с более легким течением абстинентного синдрома (в продаже находится много субстанций с низкой концентрацией наркотика) и возможностью купировать его в домашних условиях (с помощью продаваемого терпинкода, трамала). Значительная часть больных опиоидной наркоманией (а это 91—82 % всех наркоманов) избегают обращения в государственные учреждения.

Намного меньше стало госпитализироваться больных наркоманиями: в 1999 г. — 95 193 чел. (65,6 на 100 тыс. чел. населения), в 2003 г. — 42 009 (29,5 на 100 тыс. чел. населения). Число госпитализированных уменьшилось на 55%.

Психотические состояния в связи с употреблением наркотиков в стационарах диагностированы в 1999 г. у 1827 больных, в 2003 г. — у 677 больных, т.е. сокращение их числа составило 61,5%.

В то же время увеличилось число психозов, диагностированных в стационарах в связи с употреблением не-

наркотических ПАВ: в 1999 г. — 409 случаев, в 2003 г. — 905. Прирост составил более 100%.

Взросло на 82 % и количество госпитализированных больных токсикоманией: в 1999 г. — 1619 чел., в 2003 г. — 2887 чел.

Всего в связи с потреблением алкоголя (алкоголизм + употребление алкоголя с вредными последствиями + алкогольные психозы) в 1999 г. госпитализированы 463 330 чел. (319,2 на 100 тыс. чел. населения), в 2003 г. — 645 415 чел. (453,0 на 100 тыс. чел. населения). Прирост составил 42%.

В 1999 г. было госпитализировано 103,621 чел. в связи с потреблением наркотиков и ненаркотических ПАВ (наркомания + токсикомания + употребление с вредными последствиями ненаркотических ПАВ), что составило 71,4 на 100 тыс. чел. населения, а в 2003 г. — госпитализировано 50 003 чел., или 35,1 на 100 тыс. чел. населения. Уменьшение числа госпитализированных составило 50,8%.

Известно, что истинное количество больных наркоманией и токсикоманией в 5—10 раз превышает их количество, зарегистрированное государственными учреждениями. К тому же некоторые формы зависимости (каннабис) в связи с менее тяжелыми последствиями и менее тяжелым течением абстинентного синдрома регистрируются еще реже. Поэтому судить о “наркоманической ситуации” в стране трудно. Известно, что количество наркотиков, задерживаемых соответствующими правоохранительными службами и таможней, не только не уменьшается, а возрастает. Это резко расходится с данными о заболеваемости наркоманиями и токсикоманиями.

Здесь могут быть высказаны предположения:

во-первых, идет сокращение заболеваемости наркоманией и токсикоманией. Потребление наркотиков становится менее модным, чем потребление спиртных напитков;

во-вторых, никакого сокращения заболеваемости наркоманией и токсикоманией не происходит, просто больные избегают обращения в государственные учреждения. Тогда придется предположить, что возрастающее количество ввозимых незаконно в страну наркотиков попадает не на внутренний рынок, а транзитом через российскую территорию направляется в другие страны.

Что делать в создавшейся ситуации?

Алкогольная ситуация и лечебно-профилактическая работа

Радикально изменить ситуацию с потреблением алкоголя в настоящее время вряд ли возможно по экономическим и идеологическим соображениям. Но все же хотелось бы отметить, что опыт России в 1913—1925 гг., когда была резко ограничена продажа спиртных напитков, а также данные за период ограничения продажи спиртных напитков в 1985—1989 гг. свидетельствуют о возможности существенно изменить алкогольную ситуацию. Ограничение продажи спиртных напитков приводит очень быстро к уменьшению смертности, резкому уменьшению числа алкогольных психозов, сокращению противоправных действий, связанных с опьянением, сокращению расторжения браков и другим положительным сдвигам. Потребление спиртных напитков перестает быть модным, начинается воспитание подрастающего поколения в условиях трезвости. Если учесть, что государство в настоящее время получает не так уж много доходов от продажи спиртных напитков, ограничение их продажи по экономическим соображениям вряд ли может считаться утопией.

Другое дело, идеологические соображения, необходимость преодоления питейных традиций, непопулярность таких мероприятий у большей части населения,

включая и тех, кто создает законы и следит за их осуществлением. Реально придется жить в условиях неограниченной ничем продажи спиртных напитков. Повышение цен на спиртные напитки тоже имеет свои пределы. Никто не заинтересован в массовом недовольстве по поводу недоступности товара повседневного спроса (водки и пива).

Остается надежда на антиалкогольную пропаганду. Пока это абсолютно ничего не дает. Достаточно сильна контрпропаганда, прежде всего пива. Нет ни одной кинокартины, где бы персонажи не пили (даже сотрудники милиции). Что можно сделать для повышения эффективности лечебных мероприятий? Прежде всего, необходимо в законодательном порядке решить вопрос о принципах оказания помощи больным алкоголизмом, это значит, что необходимо установить, в какой степени на больных алкоголизмом распространяется закон об оказании психиатрической помощи, как следует относиться к недобровольной госпитализации человека во время запоя, в состоянии похмелья, чем должна определяться продолжительность госпитализации, каковы подходы к взятию на учет, снятию с учета. Необходимо пересмотреть список тех видов деятельности, которые сейчас запрещены для больных алкоголизмом. Весь комплекс этих законодательных актов давно не может найти окончательного решения. Получается, что взятие на учет, показания для госпитализации, ее длительность и многое другое определяются степенью критичности больного алкоголизмом к своему заболеванию, а большей частью — интенсивностью влечения к опьянению.

Если будут адекватно решены в законодательном порядке принципы взятия на учет, снятия с учета, госпитализации больных, придется перестраивать работу наркологической службы. Для чего иметь такое количество врачей психиатров-наркологов, которые не занимаются лечебной работой в полную нагрузку? Выдача справок может осуществляться и без них или с очень небольшим их участием. Если удастся наладить работу амбулаторной службы и больные не будут опасаться обращаться за помощью в наркологические кабинеты в связи с ограничением их прав, следующим этапом станет изменение деятельности работы стационаров. Удастся выйти на научно обоснованные цифры отбора больных для стационарного лечения. Тогда выяснится, сколько должно быть наркологических коек и какова должна быть средняя длительность госпитализации при хорошо налаженной работе наркологических стационаров.

Наконец, необходимо решить вопрос о принудительном лечении. Практика показала, что существует определенная категория больных, которая в силу отсутствия критики и неадекватного поведения (опасного для окружающих и самих больных) должна лечиться недобровольно. Видимо, это можно сделать только в специально

создаваемых центрах реабилитации. Конечно, туда должны направляться только больные алкоголизмом, только по решению суда. Эти учреждения должны находиться в ведении органов здравоохранения. Сотрудники МВД должны привлекаться только для поддержания порядка в этих центрах.

Наверно, следует продумать вопрос о двух типах реабилитационных учреждений:

в одном из них будут лечиться те, кого направил суд; в других будут лечиться те больные алкоголизмом, которые утратили жилье, социальные связи, работу и превратились в лиц без определенного места жительства. Таковых накапливается все больше.

Все перечисленное — только часть возможных изменений в деятельности наркологической службы. Конечно, надо повышать уровень квалификации врачей-наркологов, конечно, надо как можно шире внедрять психотерапевтические методики, конечно, надо использовать помощь общественных организаций.

Если осуществится хотя бы малая часть из высказанных предложений, это уже будет означать сдвиг в улучшении наркологической помощи.

Наркоманическая ситуация и лечебно-профилактическая работа

Радикальное решение проблемы — недопущение проникновения в Россию из-за рубежа наркотиков, прежде всего героина и стимуляторов, т.е. возвращение к той ситуации, которая существовала в Советском Союзе. Это, однако, в ближайшие годы вряд ли удастся сделать. Можно попытаться изменить ситуацию путем повышения эффективности лечебной помощи. Для этого необходимо законодательным путем установить показания для недобровольной госпитализации, для принудительного лечения в амбулаторных условиях. Понадобятся нормативные акты, регулирующие длительность пребывания больных наркоманией и токсикоманией в стационарах. Чрезвычайно существенно резко расширить количество учреждений, занятых реабилитацией больных наркоманией и токсикоманией. Видимо, придется создавать два типа учреждений:

для добровольного пребывания; для проведения реабилитационных мероприятий по решению суда.

В законе об оказании наркологической помощи должны быть оговорены правила взятия на учет, снятия с учета больных наркоманией и токсикоманией, а также основания для проведения лечения при недобровольной госпитализации.

Разумеется, следует всячески поощрять работу средств массовой информации по разъяснению отрицательных последствий злоупотребления наркотиками и любыми психоактивными веществами.

HEALTH CARE SERVICES FOR ALCOHOL AND DRUG ADDICTS IN RUSSIA IN 2003

GOFMAN A.G. M.D., professor, chief of department of mental disorders complicated by substance-dependence, Moscow Research Institute of Psychiatry
PONIZOVSKIY P.A. Ph.D., of department of mental disorders complicated by substance-dependence, Moscow Research Institute of Psychiatry

The article reports the data which characterize the changes of alcohol and other psychoactive substances in last 5 years in Russia. As shown, the number of alcohol-induced psychoses and alcohol-induced deaths has increased. Since 2002 the number of newly registered drug addicts has been decreased.