

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

EXPERIENCE IN THE APPLICATION OF THE REHABILITATION MODEL FOR THE PROVISION OF DRUG TREATMENT IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

■ **Турсунходжаева Людмила
Александровна**

■ **Tursunkhodjaeva Ludmila Aleksandrovna**

■ **Баймирова Луиза Тухтамишевна**

■ **Baymirova Luiza Tuhtamishevna**

■ **Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников**

■ **Center for the Development of Medical
Workers Professional Qualifications**

E-mail: luiza-14@yandex.ru

Резюме

Сложный патогенез зависимости от психоактивных веществ, развитие патологических процессов на биологическом, психологическом и социальном уровнях функционирования личности диктует необходимость целостного (биопсихосоциального) подхода к оказанию медицинской помощи наркологическим больным. На основе системного подхода разработана реабилитационная модель наркологической помощи, реализуемая в Республике Узбекистан и закреплённая в ее нормативно-правовых документах. Приведено ее подробное описание. Лечебно-реабилитационный процесс разделен на три этапа, определены условия реализации, цели и задачи, уровни воздействия на каждом этапе, мишени воздействия на каждом уровне, методы и средства воздействия, направленные на конкретные мишени. С целью оценки эффективности предложенной модели клинко-катамнестическим методом обследованы 125 больных с синдромом зависимости от психоактивных веществ, завершивших все этапы лечебно-реабилитационного процесса, включая программу стационарной медико-социальной реабилитации. Установлено, что внедрение целостной модели наркологической помощи способствует увеличению процента устойчивых ремиссий, а также дает возможность повысить уровень социальной реадaptации и ресоциализации наркологических больных после завершения лечения.

Ключевые слова: наркологическая помощь, реабилитационная модель, оценка эффективности.

The complex pathogenesis of addiction to psychoactive substances, the development of pathological processes at the biological, psychological and social levels of personality functioning need for a holistic (biopsychosocial) approach to providing medical care to narcological patients. On the basis of a systematic approach, a rehabilitation model of narcological assistance has been developed, implemented in the Republic of Uzbekistan and decreed in its legal documents. Its detailed description is given. The treatment and rehabilitation process is divided into three stages, the conditions for implementation, goals and objectives, levels of influence at each stage, specific targets at each level, methods and ways of influence to specific targets are determined. In order to evaluate the effectiveness of the proposed model, 125 patients with psychoactive substance dependence syndrome, who completed all stages of the treatment and rehabilitation process, including the program of inpatient medical and social rehabilitation, were examined using the clinical-catamnesis method. It has been established that the introduction of a holistic model of drug treatment contributes to an increase in the percentage of stable remissions, and also increases the level of social readaptation and resocialization of drug addicts after completion of treatment.

Key words: narcological assistance, rehabilitation model, efficiency assessment.

Библиографическая ссылка на статью

Турсунходжаева Л.А., Баймирова Л.Т. Опыт реализации реабилитационной модели оказания наркологической помощи в республике Узбекистан // Innova. - 2023. – Т. 9 №3. - P.14-20.

References to the article

Tursunkhodzhaeva L.A., Baymirova L.T. Experience in implementing a rehabilitation model for providing drug treatment in the Republic of Uzbekistan // Innova. - 2023. – T. 9 No. 3. - P.14-20.

Результаты многочисленных научных исследований свидетельствуют, что достижение стойких ремиссий и профилактика рецидивов у лиц, страдающих зависимостью от психоактивных веществ, возможны только на основе системного подхода и комплексного проведения лечебно-реабилитационных мероприятий [1, 5]. Необходимость целостного (биопсихосоциального) подхода к оказанию медицинской помощи наркологическим больным продиктована, с одной стороны, сложным этиопатогенезом зависимости от психоактивных веществ, развитием патологических процессов на биологическом, психологическом и социальном уровнях функционирования личности, с другой - пониманием лечебно-реабилитационного процесса как сложной медико-социальной системы, все элементы которой находятся в тесной взаимосвязи [7]. Только одновременное воздействие на всех трёх уровнях, охваченных патологическими механизмами зависимости, способно обеспечить успешность терапии [2, 3]. Если болезненный процесс на каком-либо уровне оставить без внимания, то проблемы этого уровня довольно быстро приведут больного к рецидиву заболевания. Признана доказанной более высокая эффективность долгосрочных терапевтических программ по сравнению с краткосрочными вмешательствами.

В связи с этим в настоящее время в наркологии принято говорить о едином лечебно-реабилитационном процессе [6], в ходе которого обеспечивается необходимое взаимодействие лечебных (биологических) и собственно реабилитационных (социально-психологических) мероприятий с взаимным подкреплением их эффекта. Если лечение сконцентрировано на симптомах болезни, то реабилитация направлена на активирование ресурсов личности, ресурсов здоровья. Кроме того, подчеркивается, что длительный отказ от употребления психоактивных веществ, как правило, наблюдается в тех случаях, когда выбор комплекса лечебно-реабилитационных вмешательств полностью соответствует проблемам и потребностям пациента. Поэтому одним из принципов терапии является максимальная индивидуализация проводимых мероприятий [8, 9].

Особенности динамики клинического состояния наркологического больного и его актуальных потребностей требуют применения разнообразных терапевтических технологий, цепочка которых должна выстраиваться в четко

определенной последовательности [4]. Общая направленность вмешательств характеризуется тем, что на начальном этапе лечебно-реабилитационного процесса преобладают воздействия на биологическом уровне, в последующем акцент все больше смещается в сторону психотерапевтических и социальных воздействий. Для достижения стабильной ремиссии необходимо закрепление результатов терапевтического вмешательства и длительное проведение противорецидивных мероприятий в амбулаторных условиях.

Целью нашего исследования являлись разработка реабилитационной модели наркологической помощи и оценка ее эффективности в г. Ташкенте.

Материалы и методы.

Для оценки эффективности разработанной модели наркологической помощи на базе Ташкентского филиала республиканского специализированного научно-практического медицинского центра наркологии клинико-катамнестическим методом обследованы 125 больных (110 мужчин и 15 женщин), прошедших все этапы лечебно-реабилитационного процесса в 2020-2022 годах. Средний возраст больных к моменту обследования составил $42,4 \pm 9,6$ года. Большинство (107 больных, 85,6%) страдали алкогольной зависимостью (шифр МКБ-10 – F10.2), причем 17 (15,9%) из них перенесли алкогольные психозы в форме делирия или острого вербального галлюциноза. У 18 (14,4%) больных диагностирована полизависимость от психоактивных веществ (шифр МКБ-10 - F19.2): у 11 (8,8%) – осложненная наркомания, у 7 (5,6%) – осложненная алкогольная зависимость.

Результаты и обсуждение.

Разработка реабилитационной модели наркологической помощи основывалась на понимании того, что любая социальная система представляет целостное образование, основные составляющие которой – люди, их связи, материальная база. В то же время эта система является процессом, включающим совокупность взаимодействующих элементов, образующих функциональную целостность, способную к развитию, интеграции, самодетерминированности и адаптации. Подобное понимание социальной системы дает основание утверждать, что лечебно-реабилитационный процесс – это сложная медико-социальная система, в которой объекты (больные) и субъекты (персонал, реализующий лечебно-реабилитационный процесс, материальная база и пр.) находятся во

взаимосвязанных отношениях.

Разработанная модель наркологической помощи базируется на целостном подходе к удовлетворению потребностей пациента в услугах медицинского, психологического и социального профиля. Она предполагает непрерывное, длительное, поэтапное проведение лечебно-реабилитационных мероприятий, дифференцированных в зависимости от контингентов больных и индивидуальных потребностей конкретного больного. Конечной целью терапевтического вмешательства является восстановление нормативного личностного и социального статуса больного в условиях отказа от употребления психоактивных веществ. Для обеспечения непрерывности и длительности терапевтического вмешательства использован принцип преемственности между амбулаторным и стационарным звеньями наркологической помощи. Технологии оказания наркологической помощи включали диагностику, медикаментозную терапию, психотерапию, терапию реабилитационной средой, терапию занятостью, социотерапевтические подходы и оценку эффективности лечебно-реабилитационного процесса.

Возможность реализации реабилитационной модели обеспечивается наличием в Республике Узбекистан разветвленной сети государственных лечебно-профилактических учреждений с амбулаторными и стационарными подразделениями, дневными стационарами, отделениями медико-социальной реабилитации. Созданы условия для медико-психолого-социального подхода к оказанию помощи наркологическим больным, включая подготовку кадров.

Лечебно-реабилитационный процесс подразделялся на три этапа. На каждом этапе проводимые мероприятия носили комплексный характер, охватывая процессы биологического, психологического и социального уровня. Противопоказаниями для перевода в реабилитационное отделение являлись выраженный асоциальный характер поведения больного, выраженные суицидальные тенденции, тяжелые сопутствующие соматические заболевания, декомпенсация невротических расстройств (фобий, тревоги и др.) и расстройств личности, снижение памяти и интеллекта.

Первый этап лечебно-реабилитационного процесса начинался с момента обращения пациента за консультацией в амбулаторное наркологическое отделение (районный

наркологический кабинет). Как правило, состояние пациента в этот момент определялось наличием либо острой интоксикации психоактивными веществами, либо острых проявлений абстинентного синдрома. Основная потребность пациента – нормализация соматических и психических функций организма. Врач-нарколог, проводящий первичное освидетельствование, должен был определить, в каких условиях (амбулаторное или стационарное наркологическое отделение) может быть оказана наркологическая помощь. Условия реализации этапа определялись тяжестью соматических и психических расстройств. Диагностические процедуры на этом этапе включали обследование клиническим методом, изучение соматоневрологического статуса, лабораторные исследования, экспериментально-психологическое тестирование, определение реабилитационного потенциала. В ходе обследования и диагностики проводилось изучение медицинских, личностных и социальных проблем пациента. Выяснялись проблемы, требующие незамедлительного решения и те проблемы, решение которых могло быть отложено. Определялись их приоритетность и возможность последовательного разрешения. При этом одной из главных задач специалистов являлось правильное определение удельного веса медикаментозного, психологического и социального воздействия в терапевтической программе. В этом отношении большое значение приобретала разработка индивидуального плана наркологической помощи каждому пациенту, предусматривающего необходимое для стабилизации ремиссии разрешение актуальных проблем. В индивидуальном плане отражались этапы лечебно-реабилитационного процесса, условия реализации каждого этапа, уровни воздействия на каждом этапе, мишени воздействия на каждом уровне, методы и средства воздействия, направленные на конкретные мишени. Последовательность разработки структурных компонентов плана включала формулировку проблемы (выбор мишени воздействия), постановку цели (терапевтический результат, который реально может быть достигнут на данном этапе лечебно-реабилитационного процесса), выбор методов и средств терапевтического воздействия, критерии для оценки результатов воздействия. При разработке индивидуального плана следовало также четко определить последовательность решения проблем пациента в соответствии с их приоритетностью на каждом этапе лечебно-

реабилитационного процесса. Пока не устранены основные проблемы на биологическом уровне, бесполезно приступать к решению личностных проблем. Пока не достигнуты цели в решении проблем на психологическом уровне, например, восстановление нормативного личностного статуса, невозможно достичь хороших показателей социальной адаптации. Индивидуальный план обсуждался с пациентом. Проводился постоянный мониторинг эффективности терапевтических мероприятий и в тех случаях, когда не удавалось добиться запланированных результатов, необходимых для обеспечения возможности последующих вмешательств, план пересматривался, в него вносились соответствующие коррективы. Внедрение индивидуального плана оказания наркологической помощи в практическую деятельность наркологических учреждений способствовало полноценному проведению лечебно-реабилитационного процесса и обеспечению необходимой преемственности между всеми звеньями наркологической службы. Это обеспечивало не только системный, комплексный характер, но и строгую индивидуализацию терапевтических мероприятий, необходимую для повышения эффективности лечения зависимости от психоактивных веществ.

Поскольку на первом этапе лечебно-реабилитационного процесса преобладали медицинские проблемы, связанные с проявлением симптомов зависимости (абстинентный синдром, постабстинентное состояние, патологическое влечение к психоактивным веществам, соматические и неврологические дисфункции), первостепенное значение приобретало терапевтическое воздействие на биологическом уровне. При этом было важно не только выделить то или иное расстройство в качестве конкретной мишени воздействия, но и определить его особенности у данного пациента. Так, например, следовало установить тяжесть опийного абстинентного синдрома, клинический вариант патологического влечения и выраженность астении в постабстинентном состоянии, наличие соматических последствий наркозависимости и обострения сопутствующих заболеваний и т.д. Такой подход создавал возможность для адекватного выбора методов и средств терапевтического воздействия в зависимости от индивидуальных особенностей проявления патологического состояния. Основная роль на данном этапе отводилась медикаментозной терапии, и вполне понятно, что разная тяжесть

болезненных расстройств требовала применения различных комбинаций лекарственных препаратов и их сочетания с немедикаментозными методами воздействия (рефлексотерапией, манипулятивными методами психотерапии).

Вместе с тем на первом этапе лечебно-реабилитационного процесса было необходимо определить мишени воздействия не только на биологическом уровне, но и на психологическом и социальном уровнях, чтобы обеспечить необходимый комплекс мероприятий. На первом этапе мероприятия психологического уровня включали изучение критики к болезни и установки на лечение, определение используемых способов психологической защиты, изучение личностных проблем пациента, установление психотерапевтического контакта и мотивирование на дальнейшее участие в лечебно-реабилитационном процессе. Если первые три мероприятия носили, главным образом, диагностический характер, то остальные были направлены на обеспечение реализации последующих этапов лечебно-реабилитационного процесса. При этом основная цель воздействия на психологическом уровне – формирование мотивации к продолжению лечения. В качестве методов и средств воздействия на психологическом уровне использовались предоставление информации (информационно-образовательные программы, включающие разные аспекты химической зависимости, в том числе медицинские и социальные последствия), мотивационное интервьюирование, индивидуальная рациональная психотерапия. При высоком и среднем уровне реабилитационного потенциала пациентов мотивировали к участию в программе медико-социальной реабилитации. Мероприятия на социальном уровне сводились к созданию психотерапевтического режима в наркологическом отделении («терапия средой») и работе по самообслуживанию. Все мероприятия данного этапа осуществлялись лечащими врачами-наркологами.

На втором этапе лечебно-реабилитационного процесса продолжалось воздействие на биологическом уровне, направленное на подавление патологического влечения к психоактивным веществам, коррекцию психических (аффективных, психопатоподобных, интеллектуально-мнестических расстройств) и соматических дисфункций. Вместе с тем акцент смещался к вмешательствам на психологическом уровне. По мере подавления патологического влечения к

психоактивным веществам потребностью пациента становилось решение личностных проблем. Основные мишени воздействия на психологическом уровне – свойства личности, основная цель – восстановление (или формирование) нормативного личностного статуса. Условия реализации этапа (амбулаторное или стационарное реабилитационное отделение, стационарное наркологическое отделение) определялись уровнем реабилитационного потенциала пациента.

Мероприятия психологического уровня предусматривали формирование осознанной и стабильной мотивации на воздержание от приема психоактивных веществ, коррекцию структуры и обеспечение позитивного развития личности, формирование мотивации на получение противорецидивной терапии, социальной помощи и трудоустройство. В качестве методов и средств терапевтического воздействия использовались когнитивно-поведенческие методы, групповая психотерапия и другие личностно-ориентированные методики, индивидуальная рациональная психотерапия, мотивационное интервьюирование. Пациент мотивировался на продолжение участия в лечебно-реабилитационном процессе, в том числе в программе медико-социальной реабилитации. Вместе с тем мотивационные технологии использовались и для обеспечения возможности реализации последующего этапа наркологической помощи (формирование мотивации на получение противорецидивной терапии и помощи социального работника). Социальный уровень воздействия на втором этапе включал «терапию средой», терапию занятостью, трудотерапию, информационно-образовательные программы для родственников пациентов, семейную психотерапию, работу с созависимыми членами семьи, консультации социального работника для уточнения социальных проблем пациента и разработки индивидуального плана социальной помощи. В реабилитационных отделениях все мероприятия осуществлялись бригадой специалистов (врач-нарколог, психотерапевт, медицинский психолог), в наркологических отделениях – врачами-наркологами и медицинским психологом.

Третий этап лечебно-реабилитационного процесса реализовывался в условиях амбулаторного наркологического отделения. Врачи амбулаторной службы, реализующие третий этап лечебно-реабилитационного процесса после окончания стационарного лечения, составляли индивидуальный план

противорецидивных мероприятий, используя полученные рекомендации и анализируя уже достигнутые результаты. Противорецидивные мероприятия следовало начинать безотлагательно с решения сохраняющихся актуальных проблем пациента. При этом приоритет отдавался той проблеме, существование которой могло препятствовать стабилизации ремиссии и способствовать рецидиву заболевания. Противорецидивные мероприятия эффективны только в том случае, когда воздействие осуществляется на всех трёх уровнях, охваченных патологическими проявлениями заболевания. Мероприятия на биологическом уровне включали подавление патологического влечения к психоактивным веществам, лечение сопутствующих соматических заболеваний. У больных с низким реабилитационным потенциалом продолжалась медикаментозная коррекция аффективных, психопатоподобных и интеллектуально-мнестических расстройств. Использовалась психофармакотерапия, специфическая медикаментозная терапия (налтрексон). Мероприятия на психологическом уровне были направлены на поддержание осознанной и стабильной мотивации на воздержание от приема психоактивных веществ, на получение противорецидивной терапии и социальной помощи. Средствами терапевтического воздействия оставались различные методы психотерапии.

Вместе с тем акцент смещался на оказание социальной помощи, и основное значение приобретал преимущественно социальный уровень терапевтического воздействия. Основная потребность пациента на этом этапе – восстановление нормативного социального статуса. Социальный уровень воздействия предполагал помощь социального работника в семейной и трудовой адаптации, решении медицинских, юридических и бытовых проблем, семейную психотерапию, работу с созависимыми членами семьи. Система социальной помощи должна была обеспечить восстановление навыков систематического труда и учебы, стабилизацию профессиональных отношений, возобновление положительных социальных контактов, формирование целенаправленной деятельности, нормативного уровня притязаний и повышение социальных интересов, повышение качества жизни больных, стремящихся избежать рецидивов заболевания.

Психотерапия с больными проводилась участковыми врачами-наркологами, работа с созависимыми членами семьи – медицинским

психологом. Социальная помощь оказывалась социальными работниками. В структуре наркологической службы Республики Узбекистан социальные работники формируются из числа лиц со средним медицинским образованием. Социальный работник под руководством врача-нарколога должен был разрабатывать индивидуальный план оказания социальной помощи. Каждый структурный компонент плана мероприятий должен быть тщательно продуман, исходя из актуальных потребностей пациента. Следовало четко определить последовательность решения проблем пациента в соответствии с их приоритетностью. Для планирования социальной помощи социальному работнику необходима всесторонняя информация о медицинских и социальных проблемах пациента. Не владея в должной степени клиническим методом обследования больных, которым пользуются врачи, средний медицинский работник может встретиться с трудностями сбора нужных данных, полноценность которых будет полностью зависеть от его собственной квалификации. Опыт показал доступность освоения социальными работниками скрининговых методов, одним из которых является определение «Индекса тяжести зависимости». Он позволяет стандартизировать сбор данных о пациенте и совершенствовать подходы к разработке индивидуального плана оказания социальной помощи. План оказания социальной помощи представлял собой документ, который определял наиболее важные для пациента цели социального воздействия, конкретные шаги к достижению этих целей и сроки их реализации. План обсуждался и согласовывался с пациентом. В процессе взаимодействия с пациентом он постоянно пересматривался и обновлялся.

Опыт реализации модели показал, что наряду со стремлением к выявлению всех проблем и потребностей пациента постановка целей и выбор методов терапевтического воздействия должны согласовываться с возможностями данного медицинского учреждения (наличием медикаментов, специалистов, их профессиональной квалификацией и т.п.). Задачи и вмешательства должны быть измеримыми, достижимыми, реалистичными, конкретными и ограниченными во времени. Измеримость предполагает возможность оценки изменения состояния и поведения пациента путем наблюдения. Должны определяться цели, достижимые на уровне предоставляемой медицинской помощи. Целесообразно сосредоточиться на

ограниченных во времени или краткосрочных целях и задачах. Реалистичными следует считать цели и задачи, которые пациент действительно сможет выполнить в течение определенного периода времени, принимая во внимание его диагноз, уровень функционирования, окружение и предоставляемую поддержку. Оценка результатов воздействия может производиться по изменению поведения пациента. При расширении возможностей наркологического учреждения программа медико-социальной реабилитации может пересматриваться и дополняться. После завершения стационарной программы пациенту рекомендуется продолжить медико-социальную реабилитацию в амбулаторных условиях.

Оценка эффективности разработанной модели наркологической помощи традиционно производилась на основании частоты и продолжительности терапевтических ремиссий после завершения реабилитационной программы. Обследование больных клинико-катамнестическим методом показало, что 15 (12,0%) больных возобновили прием психоактивных веществ в течение первого месяца после выписки из стационара, у остальных 110 (85,0%) больных формировались ремиссии различной продолжительности. При этом нестойкие ремиссии, наблюдавшиеся у 33 больных (26,4%), имели продолжительность до 3-х месяцев у 18 больных (14,4%), более 3-х до 6 месяцев - у 15 больных (12,0%), со статистической достоверностью ($p < 0,001$) оказавшись более редкими, чем ремиссии продолжительностью более 6 месяцев (92 больных; 73,6%). Ремиссии сроком более 6 до 12 месяцев сформировались у 21 (16,8%) больных, более 1 года до 2 лет – у 50 (40,0%), более 2 лет – у 6 (4,8%) больных. В общей сложности рецидивы заболевания возникли у 50 (40,0%) больных преимущественно в ранние сроки ремиссии. Лишь у 17 (13,6%) больных они развились на фоне воздержания от психоактивных веществ более 6 до 12 месяцев. К моменту исследования достаточно стабильное состояние ремиссии сохранялось у 75 (60,0%) обследованных.

Следует отметить, что переход на реабилитационную модель наркологической помощи в Республике Узбекистан, первоначально продиктованный необходимостью поиска более эффективных средств борьбы с эпидемией героиновой зависимости и реализованный в форме организации в наркологических диспансерах реабилитационных

отделений и дневных стационаров, в последующем получил весомое нормативно-правовое подкрепление. Внедрение целостной модели наркологической помощи было закреплено приказом Министерства здравоохранения № 272 от 3 июля 2015 года. Законом Республики Узбекистан от 27 октября 2020 года “О профилактике и лечении наркологических заболеваний” реабилитационная и социальная помощь гарантирована государством и осуществляется на бесплатной основе. В законе закреплено индивидуальное планирование наркологической помощи с учетом личностных особенностей и потребностей лица, страдающего наркологическим заболеванием. Реализация реабилитационной модели наркологической помощи предусмотрена Постановлением Президента Республики Узбекистан №ПП-244 от 16 мая 2022 года и Стандартами оказания медицинской помощи при наркологических заболеваниях, утвержденными приказом Министерства здравоохранения №176 от 27 июня 2022 года.

Выводы.

1. Внедрение системного подхода к оказанию наркологической помощи, основанного на анализе потребностей пациента в услугах биологического, психологического и социального профиля, является перспективным способом улучшения организации и повышения качества медицинского обслуживания больных в государственных наркологических учреждениях.

2. Необходимая для повышения эффективности наркологической помощи индивидуализация биопсихосоциальных вмешательств может обеспечиваться разработкой индивидуального плана для каждого пациента, предусматривающего необходимое для стабилизации ремиссии разрешение его актуальных проблем.

3. Реализация предложенной реабилитационной модели наркологической помощи способствует увеличению частоты стабильных терапевтических ремиссий и профилактике рецидивов болезней зависимости от психоактивных веществ.

Литература.

1. Агибалова Т.В., Тучин П.В., Тучина О.Д. Психотерапия в реабилитации наркологических больных// Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н.

Иванца, И.П. Анохиной, М.А.Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 740-743.

2. Благоев Л.Н. Развитие актуальной концепции медицинской и социально-психологической реабилитации больных с аддиктивной патологией и созависимых: предпосылки эффективности //Клиническая аддиктология: научно-практическая методология. Клинические лекции. – М.: ООО «Сам Порлиграфист, 2021. - С. 210-285.

3. Благоев Л.Н., Шуплякова А.В., Лощинин А.А. Методология и организация лечебно-реабилитационного компонента ведения аддиктивной патологии в условиях комплексной реализации // Наркология. – 2019. - №8. – С. 101-102.

4. Дудко Т.Н. Реабилитация лиц с зависимостью от психоактивных веществ // Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А.Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 751-796.

5. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Концепция терапии наркологических заболеваний// Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А.Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 623.

6. Клименко Т.В. Социальная реабилитация как обязательный компонент комплексного лечебно-реабилитационного процесса в отношении лиц с наркологическими расстройствами // Вопросы наркологии. – 2016. - № 11-12. - С.86.

7. Косолапов В.П., Манакин И.И. Анализ взаимосвязи медико-социальных характеристик лиц, страдающих алкогольной зависимостью //Международный журнал экспериментального образования. – 2015. - №12. - С.51-52.

8. Кутянова И.П., Алексеева О.Э. Методы психологической саморегуляции как направление коррекционной работы на этапе реабилитации лиц с алкогольной и наркотической зависимостью // Ученые записки. – 2017. - Том 16, № 2. - С. 131.

9. Шевцова Ю.Б., Игумнов С.А. Основные психотерапевтические модальности, применяемые у наркологических больных с различной степенью мотивации и социальной адаптации // Вопросы наркологии. – 2019. - №11. – С. 22-24.