

# КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.13:616.89-008.441.33:364-262.2:330.564.2(571.16):159.9.075.5:364.69

Для цитирования: Артемьев И.А., Владимирова С.В. Взаимосвязь бедности и наркотизма. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2020; 1 (106): 31–42. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-1\(106\)-31-42](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-1(106)-31-42)

## Взаимосвязь бедности и наркотизма

**Артемьев И.А., Владимирова С.В.**

*НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр*

*Российской академии наук*

*Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4*

### РЕЗЮМЕ

В России до сравнительно недавнего времени понятие «бедность населения» не было общепризнанным. Исследования бедности, обнищания населения широко рассматриваются с социально-демографических позиций. Нами представлена взаимосвязь денежных доходов, бедности населения Томской области России в разрезе её районирования с количеством зарегистрированных больных наркоманиями и алкоголизмом на этих территориях. Показано влияние бедности, рассчитанной по принятой в России методологии, на динамику контингентов больных, которым должна оказываться специализированная наркологическая помощь. Установлено, что взаимосвязь денежных доходов и бедности населения со спектром аддиктивных расстройств имеет определенные различия. Стратегия борьбы с бедностью на модели Томской области положительно отразится на состоянии психического здоровья населения восточных регионов России.

**Ключевые слова:** алкоголизм, наркомании (по МКБ-10), денежные доходы, бедность населения, корреляционный анализ, Томская область.

### АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Понятие «наркотизм» как философская категория общего понятия*

В специальной литературе представление о наркотизме появилось не так давно – в 70-е годы XX столетия (<https://www.merriam-webster.com/medical/narcotism>). Оно использовалось в противоположность понятию «наркомания», которое служит для обозначения заболевания, т.е. по своей природе является сугубо медицинским термином.

Последующая эволюция понятия «наркотизм» (Collins English Dictionary. Copyright © HarperCollins Publishers) привела к тому, что оно стало определять явление, связанное с потреблением наркотиков, как общественно опасное, выражающееся в незаконном потреблении и иных незаконных действиях с наркотическими веществами, над которыми установлен специальный международно-правовой и внутригосударственный контроль. В настоящее время широкое распространение в научной литературе получило представление о наркоситуации и зависимости, которое предполагает всю совокупность связей, культивируемых наркоманией.

«Наркотизм» как термин прочно вошел в категориальный инструментарий теории уголовного права и криминологии. Но в специальной литературе некоторые авторы игнорируют это определение при исследовании проблем наркомании и используют понятие «наркотизм». Однако отождествление этих понятий не всегда оправданно. Наркомания как заболевание выражается в физической и психической зависимости от наркотического или психотропного вещества, при которой жизнедеятельность организма поддерживается на определенном уровне только при условии постоянного приема названных веществ, доза которых постоянно возрастает, что приводит к истощению физических и психических функций. Бесспорно, наркотизм и наркомания тесным образом взаимосвязаны, без одного невозможно другое, но об их взаимопоглощении не может быть речи.

Наркотизм как негативное социальное явление оказывает отрицательное воздействие на общественные институты, приводя к нежелательным изменениям и деформациям. Причем это явление распространяется буквально на все сферы жизни общества: на общественное производство и положение экономики в целом, со-

стояние обороноспособности, на физическое и духовное здоровье нации, её культуру, процесс воспроизводства населения, преступность (состояние, структура и динамика) и т.д. По масштабу и разнообразию возможного и фактически причиняемого обществу вреда наркотизм превосходит другие негативные социальные явления [1].

В настоящее время наркоманию, токсикоманию, алкоголизм имманентно принято рассматривать в общем континууме психических расстройств», объединяя одним общим термином – зависимость от ПАВ, или аддикция. Приводятся свидетельства о близости по генезу и социальным последствиям алкогольной и наркоманической аддикций, что они являются громадной угрозой как для личности, так и всей человеческой популяции и общественного уклада [2].

Проблемы зависимости (аддикции) рассматриваются сквозь призму таких понятий, как алкоголизм, наркотизм и наркомания [3]. Причем в отношении последних не удалось достичь единого этимологического понимания. Роль медицинских методов в борьбе со злоупотреблением ПАВ не следует ни преувеличивать, ни приуменьшать, поскольку общепринятым считается, что аддикции прежде всего являются духовными заболеваниями, поэтому только мерами медицинского характера задачу прекращения пациентом приема ПАВ решить невозможно [4]. Дихотомичность наркомании и наркотизма рассматривается в числе других сложных негативных социально-общественных проблем в последнее двадцатилетие, занимающих господствующее положение как во всем мире, так и в нашем государстве [5].

Выход из создавшегося тупика может быть найден, если применить понимание общего как гносеологического критерия познания, сосредоточивая усилия не на различиях в понимании общего, а на доказательстве того, что именно общность выступает основополагающим критерием суммы сведений о рассматриваемом нами социальном феномене – наркотизме.

Ценность общего знания обнаруживается в том, что конкретные познавательные задачи, как правило, удается решить, если они были сформулированы как общие и рассчитаны на основе общих методов. Более того, нередко оказывается, что в конкретной постановке решения либо вообще не может быть найдено, либо оно не точно.

Преимущество такого подхода очевидно, особенно если учесть, что при этом решается не только данная, конкретная задача, но и ряд других задач, каждая из которых требует усилий не меньших, чем на отыскание общего решения. Постигая познавательные проблемы, полезно «придумать какую-либо другую общую задачу, которая содержит первоначальную задачу и легче поддается решению» [6].

Общность может выступать критерием емкости знания и информативности отстаиваемых им положений. Таким образом, в категориях диалектики наркотизм следует рассматривать как общее явление, тогда как наркоманию (наркотическую аддикцию) – как частное. В этом отношении нужно признать правоту авторов, приводящих в совместной монографии тезис А.И. Герцена: «Надо искать в общем расстройстве причину частного явления» [2].

Наркотизм – качественно иное понятие, нежели наркомания, более широкое, объемное и емкое, поскольку включает в себя медицинские (биологические), социальные и правовые аспекты, т.е. отражает суть явления, поэтому, по нашему мнению, может соответствовать гносеологическим критериям емкости знания, которым присуща общность и информативность отстаиваемых им положений. В частности одним из проявлений емкости знания выступает показатель частоты цитирования (использования) того или иного утверждения, тезиса, идеи в научных исследованиях. Например, частое употребление термина «наркотизм» в разных контекстах смежных с наркологией дисциплин может свидетельствовать о высокой степени емкости заключенного в нем содержания. Действительно, емкое знание, являющееся единым, всеобщим и информативным, позволяет реализовать идею минимизации науки, ибо делает возможным преобразование её содержания в новые концептуальные единицы, доступные выражению в показателях логического и лингвистического минимума [6].

Рассмотрение термина «наркотизм» сквозь призму минимизации знаний позволит устранить терминологическую путаницу, поскольку понятие емкости, характеризуя знание, подчеркивает тот факт, что его содержание несет высокую познавательную, экспрессивную и коммуникативную функцию, внешним выражением которой и является экономия определяющих описательных значений рассматриваемого явления: физическая и психическая зависимости, негативное социальное явление и пр.

Комиссия экспертов ВОЗ (1954) около 70 лет назад отметила, что термин «алкоголизм» не означает какой-либо нозологической единицы, а заключает в себе ряд проблем, в том числе и медицинских. Несколько позже [Комитет экспертов ВОЗ, 1974] алкоголизм был определен как состояние, при котором алкоголь «потребляется во вред здоровью и социальному формированию личности...» [7].

Критерий емкости знания – его общность. Знание общего наиболее эффективно в развитии научных исследований и получении новых результатов. Успех сопутствовал наукам, которым быстро удавалось развить смелые обобщения, по сравнению с науками, обобщения в которых были следствием длительного периода спокойной эволюции. Таким образом, общность выступает как гносеологический критерий познания в рассматриваемом социальном феномене – наркотизме. Многие принципы, особенно несущие мировоззренческое содержание, зарождаются как философские, т.е. осмысливаются вначале в общей форме и лишь позднее получают конкретную разработку. В категориях диалектики наркотизм следует рассматривать как общее, тогда как наркоманию, алкоголизм, токсикоманию и прочие виды химической зависимости – как частное.

#### **ВВЕДЕНИЕ**

ВОЗ в отчете 1995 г. «Ликвидация разрыва» заявляет: «Самый беспощадный убийца мира и главная причина страдания на Земле – это чрезмерная бедность». Это заявление подчеркивает значимость бедности как фактора, неблагоприятно влияющего на здоровье.

Бедность – это явление, присущее всем без исключения обществам. Оно характеризует негативное состояние социума, его групп и отдельных граждан, отсутствие возможностей и условий развития человеческого потенциала – стратегического ресурса социально-экономического развития общества. Бедность – многомерное явление, заключающее в себе неспособность удовлетворять базовые потребности, бесконтрольность над ресурсами, отсутствие образования и плохое здоровье. По сути, бедность может вызывать отчуждение и напряжение, но особую озабоченность вызывает её прямое и косвенное влияние на развитие и поддержание эмоциональных, поведенческих и психических расстройств [8], потому что мы постепенно возвращаемся к медико-социальной модели помощи, рассматривающей физическое, психическое и социальное благополучие паци-

ента [9, 10]. Бедность и социальное неравенство прямо и косвенно влияют на социальное, психическое и физическое благополучие индивида, ограничивают выбор и возможности, а хронические бедствия могут привести к чрезмерному употреблению алкоголя, никотина и других ПАВ [11]. Следует отметить взаимосвязь бедности и неравенства, неравенство доходов вызывает психосоциальный стресс, со временем приводящий к разрушению здоровья и более высокой смертности. Смертность от наркоманий, как и от многих других заболеваний, распространена в самых неблагополучных районах (12, 13, 14). Последствия неравенства доходов распространяются и на общество, вызывая стресс, фрустрацию и приводя к разрушению семей. Как следствие, повышаются показатели преступности, самоубийств и насилия [12, 15, 16, 17, 18, 19].

Поскольку бедность – понятие относительное, люди, принадлежащие к низшему социально-экономическому классу, могут находиться в неблагоприятном положении в отношении риска заболеть, стать жертвой несчастного случая, либо, напротив, благоприятных факторов, способствующих здоровому образу жизни [20].

По-видимому, «культура бедности» со временем помогает индивидам справляться со своим окружением. В соответствии с этой точкой зрения плохое состояние здоровья обусловлено поведением самих людей, что, по сути, делает их ответственными за неудачные результаты. Из этого следует, что бедные в некотором роде составляют гомогенную группу [21, 22, 23].

В документах ООН бедность рассматривается с точки зрения недостатка возможностей человеческого развития, ухудшения качества жизни из-за низких доходов и недостаточной имущественной обеспеченности. В то же время причиной низкого уровня доходов часто являются такие качественные характеристики личности, как плохое здоровье вследствие социально обусловленных болезней, в частности алкоголизма и наркоманий [24]. Алкоголизм поражает не только необеспеченные слои населения, но точно так же выявляется среди обеспеченных слоев, имеющих большую возможность скрывать свою болезнь [25].

На новом этапе преодоления уровня бедности необходимо уточнить официальные показатели её измерения. Эти показатели должны отражать особенности российской бедности, а методы их определения должны быть прозрачными и идентичными в процессе изучения.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести популяционно-статистическое исследование с использованием достоверных данных государственной статистики такого сложного социального феномена, как бедность, и определить её взаимосвязь с уровнем учтенной болезненности наркоманиями и алкоголизмом в отдельно взятом субъекте Российской Федерации – Томской области (ТО).

## ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить различия распространенности алкоголизма и наркоманий в отдельных муниципальных образованиях ТО в зависимости от показателей уровня бедности.

Проанализировать тренды оказания специализированной помощи в районах ТО с различными уровнями социального благополучия.

Конкретизировать влияние бедности и денежных доходов населения ТО на отдельные нозологические единицы аддикций в рассматриваемом регионе.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Единых методологических подходов к определению понятия «бедность» не существует, но на примере Томской области представлена стратегия сокращения бедности [26]. Методика Государственного комитета РФ по статистике основана на абсолютном подходе к определению уровня бедности, основанном на соотношении денежных доходов населения и величины прожиточного минимума. Поскольку «прожиточный минимум» – параметр директивный, устанавливаемый исходя из статистических показателей, характеризующих экономическую ситуацию в регионе, то вычисленный «уровень бедности» – величина гипотетическая, отражающая состояние потребления населения на популяционном уровне. Её нельзя применять к конкретному индивидууму, потому что отношение людей к своему достатку, в равной мере как и к бедности, различно.

Данный подход не позволяет оценить все факторы, влияющие на уровень и структуру бедности [27]. На практике прожиточным минимумом определяется не граница абсолютной бедности, а доля населения с наиболее низкими текущими денежными доходами. Этот социальный норматив – один из базовых, но не единственный при характеристике абсолютной бедности. В характеристику бедности также необходимо включить её остроту и глубину, учитывая демографическую составляющую.

Показатели бедности, как правило, не рассчитываются на муниципальном уровне Росстатом. В Томской области проведено системное

исследование Института экономики и менеджмента ТГУ и Департамента социальной защиты ТО, позволившее определить долю малоимущих в городах и районах ТО с учетом местного прожиточного минимума. Распределение муниципальных образований ТО по уровню бедности проводилось на основании рейтинговых значений интегральных показателей, приведенных в материалах Департамента социальной защиты Томской областной администрации.

В этом исследовании использован такой интегральный показатель, как индекс доходов населения муниципального образования, который обобщает влияние следующих факторов: размер средней заработной платы; величина задолженности по заработной плате; объем оборота розничной торговли на душу населения; объем платных услуг на душу населения; доли семей, получающих ежемесячное пособие на ребенка (признак детской бедности); доли семей, получающих жилищные субсидии (признак общей бедности).

Несмотря на снижение показателей бедности в последнее десятилетие, необходимо оценить неравенство в доступе к доходу по муниципалитетам Томской области, так как факторы неравенства очень инерционны.

При проведении исследования использовались интенсивные показатели зарегистрированных больных психическими расстройствами (F10.2-9, F11-19) по данным диспансерных учреждений на территории Томской области на основании официальных материалов Роскомстата РФ [28]. Кроме того, применялись показатели деятельности наркологической службы Российской Федерации [29].

Статистический анализ данных выполнен с помощью программы «Statistica 8.0». Сравнение статистических показателей, отображающих размеры и количественные соотношения анализируемых явлений, невозможно осуществлять без выбора величины критериев значимости, которые должны удовлетворять принципам применения любого закона: разумности, целесообразности и справедливости. Следует придерживаться точки зрения [30], что требование 95% уровня значимости для проверки статистических гипотез, широко распространенное при проведении медицинских исследований, представляется неоправданно высоким, тем более если учесть существенную неопределенность изучаемых в них явлений. Для решения задач психиатрии, по нашему мнению, вполне достаточен и 80% уровень значимости.

Взаимосвязь между интенсивными показателями зарегистрированных больных психическими расстройствами с уровнем бедности и денежными доходами населения по силе и тесноте корреляционной связи определялась по двустороннему критерию коэффициента Спирмена. Вместе с тем корреляция – это не только причинно-следственная связь. Жизнь в бедности может способствовать формированию психических расстройств, точно так же и бедность может возникать в результате нарушений, связанных с плохим психическим здоровьем. Социальная изоляция и бедность способствуют бремени психических расстройств, в то же время до сих пор имеются незначительные сведения о конкретных взаимодействиях между этими факторами и окружающей средой [31]. Кроме того, нами используются показатели бедности и денежных доходов в целом по отдельным территориально-административным

территориям ТО, но эти показатели персонально по больным психическими расстройствами не рассматривались.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведен анализ доходов населения и распространенность наркоманий в ТО. Определен коэффициент корреляции индекса доходов населения в каждом муниципальном образовании ТО с уровнем состоящих на учете больных наркоманией на 10 тыс. населения ( $r=0,55$ ;  $p \leq 0,01$ ), что расценивается как положительная корреляция средняя по силе и с высоким уровнем статистической значимости.

Города Стрежевой, Томск, Северск, отмеченные нами по значению индекса доходов населения к благополучным муниципальным образованиям ТО (I группа), имеют самый высокий уровень зарегистрированной болезненности наркоманиями: 106,9; 61,8 и 55,8 на 10 тыс. населения (табл. 1).

**Т а б л и ц а 1. Распределение групп муниципальных образований по значению индекса доходов населения и распространенность наркоманий в Томской области на 10 тыс. населения**

Индекс доходов населения	Категория благополучности/неблагополучности	Показатель болезненности населения наркоманиями
Благополучные города (группа I)		
74	Томск	61,8
69	Стрежевой	106,9
57	Кедровый	8,0
-	Северск	55,8
Относительно благополучные районы (группа II)		
39	Александровский	32,5
46	Томский	33,2
48	Парабельский	24,7
51	Колпашевский	53,3
37	Каргасокский	4,2
Относительно неблагополучные районы (группа III)		
34	Бакчарский	7,9
31	Верхнекетский	9,2
30	Зырянский	8,9
29	Кожевниковский	18,3
31	Кривошеинский	15,9
32	Молчановский	28,0
31	Шегарский	17,0
Неблагополучные районы (группа IV)		
24	Асиновский	18,9
23	Первомайский	7,2
28	Тегульдетский	3,6
19	Чаинский	9,5

Относительно благополучные районы ТО по тому же показателю – Александровский, Томский, Парабельский, Колпашевский – имеют более низкий уровень зарегистрированной болезненности – в пределах от 24,7 до 53,3. В относительно неблагополучных и благополучных

районах рассматриваемая зависимость проявляется не так очевидно, однако выявленные тенденции протекают синхронно.

Таким образом, доля зарегистрированных больных наркоманиями, которым оказывается специализированная помощь, коррелирует

с величиной доходов населения таким образом, что чем выше доходы населения, тем больше величина показателя болезненности. В относительно неблагополучных и неблагополучных районах ТО (Тегульдетский – 3,6 и Асиновский – 18,9) показатели болезненности более вариabельные, хотя общая закономерность сохраняется.

Корреляции показателей заболеваемости с индексом доходов населения ( $r=0,27$ ;  $p=0,25$ ) не достигает принятого нами 80% уровня значимости. Кроме того, в рассматриваемом временном интервале не во всех районах ТО были выявлены больные с впервые установленным диагнозом наркомании.

Следовательно, достоверными данными о взаимосвязи первичного выявления больных наркоманиями в благополучных и неблагополучных по доходам населения муниципальных образованиях ТО мы не располагаем. Однако следует обратить внимание, что в районах I и II групп (благополучные и относительно благополучные) выявленных больных наркоманиями на 10 тыс. населения (1,2-1,3 – 2,6-3,9) больше, чем в районах III и IV групп (относительно неблагополучные и неблагополучные), где больных либо не было выявлено, либо рассматриваемый показатель был низким (0,7 – 0,6 – 0,4).

Полученные данные могут косвенно подтверждать, что заболеваемость (первичное выявление) наркоманиями выше в муниципальных образованиях ТО с более высоким индексом доходов населения. Можно допустить, что как заболеваемость, так и болезненность наркоманиями выше в муниципальных образованиях ТО с более высоким уровнем доходов населения. Причем даже в том случае, когда значения коэффициента корреляции показателя заболеваемости и индекса доходов не достигают принятого нами 80% уровня достоверности. Определена корреляционная взаимосвязь между интенсивными показателями распространенности наркоманий и оценочными характеристиками (индикаторами) уровня бедности, т.е. между количеством (в процентах) населения городов и районов ТО и доходами ниже прожиточного минимума, отрицательная по направлению и умеренная по силе ( $r=-0,28$ ;  $p=0,22$ ) при уровне значимости  $p \leq 80\%$ . В то же время значения коэффициента корреляции рассматриваемых параметров возрастают при депривации: связь умеренная по силе и направлению ( $r=-0,40$ ;  $p=0,08$ ), а статистическая значимость повышается ( $p \leq 90\%$ ). Бедность с учетом

демографической характеристики, её глубина и острота с распространенностью наркоманий по территории ТО имеют отрицательную по направленности взаимосвязь, но абсолютные величины коэффициентов и их значимость сходны.

Таким образом, отрицательный характер связи бедности населения с количеством больных наркоманий свидетельствует о том, что с увеличением доли населения с доходами, превышающими прожиточный минимум, вероятно, будет возрастать и численность больных наркоманией. В то время как большая бедность приводит к меньшему числу больных наркоманией, при этом мы учитываем величину лага.

Прожиточный минимум значимо не коррелирует с распространенностью наркоманий, но плохие жилищные условия, ограниченный доступ к медицинским услугам и низкие доходы ещё более усугубляют проблему

В таблице 2 представлены сравнительные данные относительно распространенности наркоманий в благополучных и неблагополучных по уровню бедности городах и районах Томской области. В городах Северск, Томск, Стрежевой доля населения с доходами ниже прожиточного уровня колеблется от 10% до 17%. Именно здесь зарегистрирован наиболее высокий в ТО уровень распространенности наркоманий, варьирующий от 55,8% до 106%.

Исключение представляет Кедровый, как город, находящийся на этапе формирования городской популяции (цит. по: 31), с присущими этому этапу развития города низкими показателями болезненности населения, в том числе и наркологической. Другие городские популяции ТО завершили этапы своего формирования. Так, в группе неблагополучных районов в бедности пребывают 36–65% населения (Чаинский район – 36%, Кожевниковский – 37%, Зырянский – 43%, Асиновский – 48%, Верхнекетский – 65%). Выявлено, что в этих районах количество больных, состоящих на учете, в 5–6 раз ниже такового, чем в благополучных городах ТО, соответственно 9,5; 18,3; 8,9; 18,9 и 9,2 на 10 тыс. населения. Относительно благополучные и относительно неблагополучные территории ТО сохраняют ту же тенденцию: чем выше в них уровень бедности, тем интенсивнее наркотизация населения. Уровень бедности в первой группе – 18–23%, соответствующие интенсивные показатели составляют 4,2–33,2%, во второй группе – 27–32% и 8,9–18,9% состоящих на учете на 10 тыс. населения.

**Т а б л и ц а 2. Распределение муниципальных образований Томской области по уровню бедности (%) и распространенности наркоманий (%о продецимилле)**

Наименование муниципального образования Томской области	Уровень бедности населения	Распространенность (болезненность) наркоманий на 10 тыс. населения
	%	%о
<b>Благополучные города и районы</b>		
Северск	10	55,8
Кедровый	15	8,0
Томск	15	61,8
Стрежевой	17	106,9
Всего	10–17	8,0–106,9
<b>Относительно благополучные районы</b>		
Первомайский	18	7,2
Александровский	19	32,5
Каргасокский	20	4,2
Кривошеинский	20	15,9
Томский	23	33,2
Молчановский	23	28,0
Всего	18–23	4,2–33,2
<b>Относительно неблагополучные районы</b>		
Шегарский	27	17,0
Тегульдетский	27	3,6
Парабельский	29	24,7
Бакcharский	31	7,9
Колпашевский	32	53,3
Всего	27–32	7,9–53,3
<b>Неблагополучные районы</b>		
Чаинский	36	9,5
Кожевниковский	37	18,3
Зырянский	43	8,9
Асиновский	48	18,9
Верхнекетский	65	9,2
Всего	36–65	8,9–18,9

Таким образом, интерпретация коэффициента корреляции ( $r=-28$ ,  $p=0,22$ ) иллюстрируется фактическими данными по конкретным территориям: при более высоком материальном благополучии учтенная распространенность наркоманий выше. В неблагополучных по бедности районах количество больных наркоманиями ниже. Следовательно, прогностически следует ожидать, что увеличение контингентов больных наркоманиями будет происходить по всей территории ТО по мере снижения бедности её населения.

Несомненна взаимосвязь доходов населения с распространенностью алкоголизма. Под распространенностью алкоголизма и наркоманий понимают показатели заболеваемости по обращаемости, которые рассчитываются как отношение числа всех заболеваний, выявленных в данном году, к среднегодовой численности населения (болезненность). Поскольку длительность диспансерного наблюдения составляет не менее 3 лет, то данный показатель

можно рассматривать как «накопленную заболеваемость по обращаемости» [32]. Естественно, в данном случае остаются значительные контингенты незарегистрированных больных.

Рассматривая распределение больных алкоголизмом и алкогольными психозами в зависимости от источников средств существования [33], отечественные исследователи установили, что для большинства больных трудоспособного возраста (91–96%) основным источником средств существования является работа. Другие источники (пенсии, стипендии, иждивение у других лиц и пр.) суммарно составляют 4–9%.

В возрасте 60 лет основным источником средств существования становится пенсия: в 60–64 года – 37,0% больных, в 65–69 – 64,8%, старше 70 лет – 72,1%. В то же время и в пенсионном возрасте сравнительно велико число больных, продолжающих работать: от 56,3% в 60–64 года до 24,8% в возрасте старше 70 лет. Поскольку занятость больных в трудоспособных возрастах близка к максимально возмож-

ной, трудно представить, что имеется довольно большая группа больных, не успевших в течение жизни заработать себе пенсию. По-видимому, существуют иные мотивы продолжать работу и в пенсионном возрасте. Основная масса больных (87–93%) занята в основном физическим трудом и от 2 до 8% – умственным. Характерно, что доля занятых умственным трудом с возрастом несколько повышается. Очевидно, что чем позже развивается алкоголизм, тем больше шансов получить образование и сравнительно высокую квалификацию.

Считается, что за год за оказанием помощи обращается примерно треть лиц с хроническими заболеваниями. Так, по исследованиям сотрудников НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко, численность хронически больных в среднем в 2,5 раза больше количества первичных обращений в течение года, т.е. для полного выявления хронических заболеваний целесообразно не менее чем трехлетнее наблюдение [34]. В литературе приводится сопоставление времени взятия на диспансерный учет больных алкоголизмом и начала заболевания [35]. Авторами отмечается, что лица с алкогольной зависимостью были поставлены на учет в среднем через 5,4 года после начала заболевания. При этом «запаздывание» – размер лага – составляет 3,4 года в модальном возрасте, т.е. тогда, когда заболевает и берется на учет максимальное число больных. Сходная величина лага (3,9 года) представлена и другими российскими исследователями [36].

Поэтому мы сочли целесообразным рассматривать корреляционные связи анализируемых нами социометрических показателей с уровнем распространенности алкоголизма и наркоманий с учетом 3-летнего размера лага.

Взаимосвязь распространенности алкоголизма по городам и районам Томской области с индексами доходов проживающего в них населения отсутствует ( $r=0,008$ ,  $p=0,97$ ), что подтверждает и анализ фактических данных. Так, например, благополучные города ТО по индексу доходов (Томск – 74, Стрежевой – 69, Кедровый – 57) имеют более чем 20-кратное различие интенсивных показателей. Аналогичная картина имеет место и в неблагополучных районах (Чаинском – 19, Первомайском – 23, Асиновском – 24, Тегульдетском – 28), где зафиксировано 2-кратное различие рассматриваемого показателя. Заболеваемость алкоголизмом также достоверно не коррелирует с индексом доходов населения ( $r=0,23$ ,  $p=0,34$ ).

Таким образом, показатели заболеваемости и распространенности алкоголизма в муниципальных образованиях Томской области не связаны с индексом доходов населения, который включает, наряду с перечисленными выше величинами, так же и размер средней заработной платы. Следовательно, уровень алкоголизма в отдельных муниципальных образованиях ТО не зависит от материального благополучия, обеспеченного заработной платой, и других параметров рассматриваемого индекса. Т.е. взаимосвязь распространенности наркоманий и алкоголизма с индексом доходов населения в городах и районах ТО имеет статистически значимые различия: если количество больных наркоманиями на 10 тыс. населения коррелирует с доходами населения (включая заработную плату), то при алкоголизме такая связь отсутствует. Отсюда следует, что муниципальные образования ТО с более высокими доходами имеют больше больных наркоманиями (на 10 тыс. населения), нежели те, где доходы населения более низкие, т.е. благополучные районы по доходам являются неблагополучными по уровню распространенности наркоманий, при этом взаимосвязь алкоголизма (на 10 тыс. населения) с доходами не прослеживается.

Вероятно, удовлетворение спроса на алкоголь происходит за счет других источников, в то время как спрос на наркотики зачастую удовлетворяется за счет доходов той части лиц, которые не подвержены этой аддикции, что может свидетельствовать о большем «социальном паразитизме» наркозависимых.

Несколько иначе обстоит ситуация между взаимозависимостью прожиточного минимума и интенсивными показателями алкоголизма в разрезе городов и районов ТО. Так, при уровне значимости 90% ( $p=0,07$ ) коэффициент корреляции положительный с умеренной силой связи ( $r=0,41$ ). В то время как взаимосвязь прожиточного минимума с распространенностью наркоманий не обнаружена, при этом значимые корреляции алкоголизма с параметрами бедности отсутствуют.

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Следовательно, взаимосвязь уровня бедности и прожиточного минимума с частотой алкоголизма и наркоманий различна: если распространенность алкоголизма умеренно и положительно взаимосвязана с величиной прожиточного минимума и не имеет связи с бедностью населения, то распространенность наркоманий отрицательно коррелирует с бедностью



при отсутствии связи с прожиточным минимумом. Поскольку прожиточный минимум – директивная константа, отражающая уровень доходов населения в определенный период, то его увеличение синхронизируется с ростом числа больных алкоголизмом в населении, но этот процесс не отражается на величине больных наркоманиями.

#### КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

#### ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Работа выполнена в рамках темы основного плана НИР «Комплексное исследование клинико-психопатологических закономерностей и патобиологических механизмов формирования и прогрессивности социально значимых психических и поведенческих расстройств с разработкой инновационных методов ранней диагностики, персонализированных стратегий терапии и профилактики». Номер государственной регистрации АААА-А19-119020690013-2.

#### СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинской декларации ВМА и одобрена этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол № 127 от 09.12.2019 г.).

#### ЛИТЕРАТУРА

- Скребков А.И. Антинаркотическая политика в современной России: образовательный аспект. *Наркология*. 2005; 2: 8–11.
- Семке В.Я., Семке А.В., Аксенов М.М. Здоровье личности и психотерапия. Томск, 2002: 368.
- Москаленко В.Д. Аддиктивные процессы в семье и проблема созависимости. *Психическое здоровье*. 2006; 10: 30–35.
- Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л. Современные возможности медицины в лечении лиц, страдающих наркологическими заболеваниями. *Наркология*. 2006; 1: 56–59.
- Романова Л.И. Общая и криминологическая характеристика наркоситуации в Дальневосточных регионах РФ. *Наркология*. 2006; 8: 25–34.
- Сухотин А.К. Гносеологический анализ емкости знания. Томск : Изд-во Том. ун-та, 1968: 203.
- Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. М. : Медицина, 1986: 272.
- Wahlbeck K., Cresswell-Smith J., Naarano P., Parkkonen J. Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2017 May; 52(5): 505–514. doi: 10.1007/s00127-017-1370-4
- Шмуклер А.Б. Поддержание психического, физического и социального благополучия – основная цель пациент-ориентированных программ в психиатрии. Региональный опыт модернизации психиатрических служб : Сборник материалов научно-практической конференции / под редакцией Г.П. Костюка. М., 2017: 185–193.
- Kaplan G.A., Roberts R.E., Camacho T.C., Coyne J.C. Psychosocial predictors of depression. Prospective evidence from the human population laboratory studies. *Am J Epidemiol*. 1987 Feb; 125(2): 206–20. DOI: 10.1093/oxfordjournals.aje.a114521
- Bhui K., Byrne P., Goslar D., Sinclair J. Addiction care in crisis: Evidence should drive progressive policy and practice. *Br J Psychiatry*. 2019 Dec; 215(6): 702–703. doi: 10.1192/bjp.2019.158
- Бохан Н.А., Мандель А.И., Артемьев И.А., Ветлугина Т.П., Солонский А.В., Прокопьева В.Д., Иванова С.А. Невидимова Т.И. Эпидемиология, клинико-патобиологические закономерности и профилактика психических и поведенческих расстройств в результате злоупотребления психоактивными веществами (региональный аспект). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2006; 3 (42): 25–32.
- Бохан Н.А., Мандель А.И., Кузнецов В.Н. Алкогольная смертность в отдаленных сельских районах Западной Сибири. *Наркология*. 2011; 10, 9 (117): 43–47.
- Pierce M., Millar T., Robertson J.R., Bird S.M. Ageing opioid users' increased risk of methadone-specific death in the UK. *Int J Drug Policy*. 2018 May; 55: 121–127. doi: 10.1016/j.drugpo.2018.02.005
- Гычев А.В., Артемьев И.А. Пограничные нервно-психические расстройства и социальная нестабильность. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2009; 4 (55): 67–69.
- Жукова О.А., Карелина Д.Д., Кром И.Л., Барыльник Ю.Б. Медико-социологическая интерпретация психического здоровья. *Известия Саратовского университета. Серия Социология. Политология*. Выпуск 1. 2011; 11: 30–35.
- Семке В.Я., Галактионов О.К., Мандель А.И., Бохан Н.А., Мещеряков Л.В. Алкоголизм: региональный аспект / под общ. ред. В.Я. Семке. Томск : Изд-во Том. ун-та, 1992: 217.
- Бохан Н.А., Мандель А.И., Воеводин И.В., Ветлугина Т.П., Иванова С.А. Клинико-патодинамические паттерны формирования опийной наркомании (региональный аспект). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2003; 3 (29): 25–32.
- Wilkinson R.G. Unhealthy societies: the afflictions of inequality. London, New York: Routledge, 1996: 272.
- Sfetcu R., Pauna C.B., Jordan M. The impact of poverty on mental health and well-being and the necessity for integrated social policies in Romania. ERSA conference papers ersa11p1495, European Regional Science Association, 2011.

21. Holman R.T. Poverty: explanations of social deprivation. New York: St. Martin's press, 1978.
22. Rutter M., Madge N. Cycles of disadvantage. London: Heinemann, 1976: 413.
23. Townsend P. Poverty in the United Kingdom. London: Penguin, 1979.
24. Азгальдов Г.Г., Бобков В.Н., Ельмеев В.Я., Перовицков Ю.С., Беляков В.А. Квалиметрия жизни. М., Ижевск: Всероссийский центр уровня жизни; Издательство института экономики и управления УдГУ, 2006: 820.
25. Тихонов Г.В. Новые концепции противоалкогольной пропаганды: «алкогольный процесс развития от нормы к болезни». Актуальные проблемы возрастной наркологии: Материалы региональной научно-практической конференции с международным участием (Челябинск, 13–14 ноября 2008 г.) / под редакцией Е.Н. Кривулина, Н.Е. Буториной. Челябинск, 2008: 144–147.
26. Козловская О.В. Комплексный подход к оценке уровня бедности в регионе (на примере Томской области). *Известия Томского политехнического университета*. 2004; 307 (7): 129–133.
27. Российский статистический ежегодник 2018: Статистический сборник. М.: Росстат, 2018: 694.
28. Здравоохранение в России 2017: Статистический сборник. М.: Росстат, 2017: 170.
29. Статистический справочник / под ред. З.И. Кекелидзе, Б.А. Казаковцева. М., 2015: 572.
30. Судаков С.А., Амосова А.М. Нужна ли психиатрам математика. *Журнал неврологии и психиатрии*. 1999; 6: 63–64.
31. Gruebner O., Rapp M.A., Adli M., Kluge U., Galea S., Heinz A. Cities and mental health. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2017 Feb; 114(8): 121–127. doi: 10.3238/arztebl.2017.0121
32. Доицин Ю.П. О здоровье населения Западной Сибири. *Бюллетень СО АМН СССР*. 1991; 4: 5–8.
33. Медик В.А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения. М.: Медицина, 2003: 512.
34. Киселев А.С., Жариков Н.М., Иванова А.Е., Яцков Л.П. Психическое здоровье населения. Владивосток, 1993: 393.
35. Лисицын Ю.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения. М.: Медицина, 1973: 465.
36. Ураков И.Г., Куликов В.В. Хронический алкоголизм. М.: Медицина, 1977: 169.

Поступила в редакцию 23.09.2019  
Утверждена к печати 27.01.2020

Артемьев Игорь Андреевич, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения аддиктивных состояний. SPIN-код РИНЦ 4752-8978. Author ID РИНЦ 262592. Author ID Scopus 56560293700. ORCID ID 0000-0002-4856-1590. Researcher ID J-3131-2017.

Владимирова Светлана Владимировна, научный работник.

✉ Артемьев Игорь Андреевич, igor.artemev.39@mail.ru

UDC 616.89-008.441.13:616.89-008.441.33:364-262.2:330.564.2(571.16):159.9.075.5:364.69

For citation: Artemyev I.A., Vladimirova S.V. The relationship of poverty and narcotism. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2020; 1 (106): 89–94. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-1\(106\)-89-94](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-1(106)-89-94)

## The relationship of poverty and narcotism

**Artemyev I.A., Vladimirova S.V.**

*Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences  
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation*

### ABSTRACT

In Russia, until relatively recently, the concept of “poverty” was not universally recognized. Studies of poverty, impoverishment of the population were widely considered from socio-demographic positions. We presented the relationship of cash incomes, the poverty of the population of the Tomsk Region of Russia in the context of its regionalization with the number of registered patients with drug addiction and alcoholism in these territories. The effect of poverty, calculated according to the methodology adopted in Russia, on the dynamics of the contingent of patients who should receive specialist narcological care was shown. It was established that the relationship between cash income and poverty of the population with the spectrum of addictive disorders had certain differences. The Tomsk Region’s model-based poverty reduction strategy will have a positive impact on the state of mental health of the population of the eastern regions of Russia.

**Keywords:** alcoholism, drug addiction (according to ICD-10), cash income, poverty, correlation analysis, Tomsk Region.

### REFERENCES

1. Skrebkov A.I. Antinarkoticheskaya politika v sovremennoy Rossii: obrazovatel'nyy aspekt [Anti-drug policy in modern Russia: educational aspect]. *Narkologiya – Narcology*. 2005; 2: 8–11 (in Russian).
2. Semke V.Ya., Semke A.V., Aksenov M.M. Zdorov'ye lichnosti i psikhoterapiya [Personal health and psychotherapy]. Tomsk, 2002: 368 (in Russian).
3. Moskalenko V.D. Additivnyye protsessy v sem'ye i problema sozavisimosti [Addictive processes in the family and the problem of co-dependence]. *Psikhicheskoye zdorov'ye – Mental Health*. 2006; 10: 30–35 (in Russian).
4. Dmitrieva T.B., Igonin A.L. Sovremennyye vozmozhnosti meditsiny v lechenii lits, stradayushchikh narkologicheskimi zabolevaniyami [Modern possibilities of medicine in the treatment of people suffering from substance abuse and addiction]. *Narkologiya – Narcology*. 2006; 1: 56–59 (in Russian).
5. Romanova L.I. Obshchaya i kriminologicheskaya kharakteristika narkosituatsii v Dal'nevostochnykh rayonakh RF [General and criminological characteristics of the drug situation in the Far Eastern regions of the Russian Federation]. *Narkologiya – Narcology*. 2006; 8: 25–34 (in Russian).
6. Sukhotin A.K. Gnoseologicheskii analiz yemkosti znaniya [An epistemological analysis of the capacity of knowledge]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 1968: 203 (in Russian).
7. Bekhtel E.E. Donozologicheskkiye formy zloupotrebleniya alkogolem [Pre-illness forms of alcohol abuse]. Moscow: Medicine, 1986: 272 (in Russian).
8. Wahlbeck K., Cresswell-Smith J., Haaramo P., Parkkonen J. Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol*. 2017 May; 52(5): 505–514. doi: 10.1007/s00127-017-1370-4
9. Shmukler A.B. Podderzhaniye psikhicheskogo, fizicheskogo i sotsial'nogo blagopoluchiya – osnovnaya tsel' patsiyent-oriyentirovannykh programm v psikhiiatrii [Maintaining mental, physical and social well-being is the main goal of patient-oriented programs in psychiatry]. Regional experience in the modernization of psychiatric services: Collection of materials of a scientific-practical conference / G.P. Kostyuk, ed. Moscow, 2017: 185–193 (in Russian).
10. Kaplan G.A., Roberts R.E., Camacho T.C., Coyne J.C. Psychosocial predictors of depression. Prospective evidence from the human population laboratory studies. *Am J Epidemiol*. 1987 Feb; 125(2): 206–20. DOI: 10.1093/oxfordjournals.aje.a114521
11. Bhui K., Byrne P., Goslar D., Sinclair J. Addiction care in crisis: Evidence should drive progressive policy and practice. *Br J Psychiatry*. 2019 Dec; 215(6): 702–703. doi: 10.1192/bjp.2019.158
12. Bokhan N.A., Mandel A.I., Artemyev I.A., Vetlugina T.P., Solonsky A.V., Prokopyeva V. D., Ivanova S.A., Nevidimova T.I. Epidemiologiya, kliniko-patobiologicheskije zakonomernosti i profilaktika psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv v rezul'tate zlupotrebleniya psikhoaktivnymi veshchestvami (regional'nyy aspekt) [Epidemiology, clinical-pathobiological regularities of prevention of mental and behavioral disorders as a result of substance abuse (regional aspect)]. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2006; 3 (42): 25–32 (in Russian).
13. Bokhan N.A., Mandel A.I., Kuznetsov V.N. Alkogol'naya smertnost' v otdalonykh sel'skikh rayonakh Zapadnoy Sibiri [Alcohol mortality in remote rural districts of West Siberia]. *Narkologiya – Narcology*. 2011; 10, 9 (117): 43–47 (in Russian).
14. Pierce M., Millar T., Robertson J.R., Bird S.M. Ageing opioid users' increased risk of methadone-specific death in the UK. *Int J Drug Policy*. 2018 May; 55: 121–127. doi: 10.1016/j.drugpo.2018.02.005
15. Gychev A.V., Artemyev I.A. Pogranichnyye nervno-psikhicheskkiye rasstroystva i sotsial'naya nestabil'nost' [Borderline neuropsychiatric disorders and social insecurity]. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2009; 4 (55): 67–69 (in Russian).
16. Zhukova O.A., Karelina D.D., Krom I.L., Barylnik Yu.B. Mediko-sotsiologicheskaya interpretatsiya psikhicheskogo zdorov'ya [Medico-sociological interpretation of mental health]. *Izvestiya Saratovskogo universiteta – News of Saratov University. Series. Sociology. Political science*. Release 1. 2011; 11: 30–35 (in Russian).
17. Semke V.Ya., Galaktionov O.K., Mandel A.I., Bokhan N.A., Meshcheryakov L.V. Alkogolizm: regional'nyy aspekt [Alcoholism: a regional aspect]. V.Ya. Semke, ed. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 1992: 217 (in Russian).
18. Bokhan N.A., Mandel A.I., Voyevodin I.V., Vetlugina T.P., Ivanova S.A. Kliniko-patodinamicheskkiye patterny formirovaniya opiynoy narkomanii (regional'nyy aspekt) [Clinical-pathodynamic patterns of formation of opium addiction (regional aspect)]. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2003; 3 (29): 25–32.

19. Wilkinson R.G. Unhealthy societies: the afflictions of inequality. London, New York: Routledge, 1996: 272.
20. Sfetcu R., Pauna C.B., Jordan M. The impact of poverty on mental health and well-being and the necessity for integrated social policies in Romania. ERSA conference papers ersa11p1495, European Regional Science Association, 2011.
21. Holman R.T. Poverty: explanations of social deprivation. New York: St. Martin's press, 1978.
22. Rutter M., Madge N. Cycles of disadvantage. London: Heinemann, 1976: 413.
23. Townsend P. Poverty in the United Kingdom. London: Penguin, 1979.
24. Azgaldov G.G., Bobkov V.N., Elmeev V.Ya., Perevoshchikov Yu.S., Belyakov V.A. Kvalimetriya zhizni [Qualimetry of life]. Moscow, Izhevsk: All-Russian Center for Living Standards; Publishing House of the Institute of Economics and Management, Udmurt State University, 2006: 820 (in Russian).
25. Tikhonov G.V. Novyye kontseptsii protivoolkogol'noy propagandy: «alkogol'nyy protsess razvitiya ot normy k bolezni» [New concepts of anti-alcohol drug propaganda: “the alcoholic process of development from the norm to the disease”]. Actual problems of age-related narcology: Materials of the Regional scientific-practical conference with international participation (Chelyabinsk, November 13-14, 2008) / E.N. Krivulin, N.E. Butorina, eds. Chelyabinsk, 2008: 144–147 (in Russian).
26. Kozlovskaya O.V. Kompleksnyy podkhod k otsenke urovnya bednosti v regione (na primere Tomskoy oblasti) [An integrated approach to assessing the level of poverty in the region (on the example of the Tomsk region)]. *Izvestiya Tomskogo politekhnicheskogo universiteta – News of Tomsk Polytechnic University*. 2004; 307 (7): 129–133 (in Russian).
27. Rossiyskiy statisticheskiy yezhegodnik 2018 [Russian Statistical Yearbook 2018]: Statistical Digest. Moscow: Rosstat, 2018: 694 (in Russian).
28. Zdravookhraneniye v Rossii 2017 [Healthcare in Russia 2017]: Statistical Digest. Moscow: Rosstat, 2017: 170 (in Russian).
29. Statistical Handbook / Z.I. Kekelidze, B.A. Kazakovtsev, eds. Moscow, 2015: 572 (in Russian).
30. Sudakov S.A., Amosova A.M. Nuzhna li psikhiatram matematika [Do psychiatrists need math?] *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 1999; 6: 63–64 (in Russian).
31. Gruebner O., Rapp M.A., Adli M., Kluge U., Galea S., Heinz A. Cities and mental health. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2017 Feb; 114(8): 121–127. doi: 10.3238/arztebl.2017.0121
32. Doshchitsin Yu.P. O zdorov'ye naseleniya Zapadnoy Sibiri [On the health of the population of Western Siberia]. *Byulleten' SO AMN SSSR – Bulletin SB USSR Academy of Medical Sciences*. 1991; 4: 5–8.
33. Medik V.A. Zabolevayemost' naseleniya: istoriya, sovremennoye sostoyaniye i metodologiya izucheniya [The sickness rate of the population: history, current status and study methodology]. Moscow: Medicine, 2003: 512 (in Russian).
34. Kiselev A.S., Zharikov N.M., Ivanova A.E., Yatskov L.P. Psikhicheskoye zdorov'ye naseleniya [Mental health of the population]. Vladivostok, 1993: 393 (in Russian).
35. Lisitsyn Yu.P. Sotsial'naya gigiyena i organizatsiya zdravookhraneniya [Social hygiene and health organization]. Moscow: Medicine, 1973: 465 (in Russian).
36. Urakov I.G., Kulikov V.V. Khronicheskiy alkoholizm [Chronic alcoholism]. Moscow: Medicine, 1977: 169 (in Russian).

Received September 23.2019

Accepted January 27.2020

Artemyev Igor A., MD, lead researcher of the Department of Addictive States, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. SPIN-code 4752-8978. Author ID Russian Science Citation Index 262592. Author ID Scopus 56560293700. ORCID ID 0000-0002-4856-1590. Researcher ID J-3131-2017.

Vladimirova Svetlana V., scientist, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

✉ Artemyev Igor A., igor.artemev.39@mail.ru