

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ им. В.М. БЕХТЕРЕВА»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДЕНО

Решением Ученого Совета

Протокол №8 от 21.10.2010г.

Директор ФГБУ «СПБ НИПНИ им. В.М.  
Бехтерева»

Иванов И.И., профессор  
Министерства здравоохранения России,



Иванов Н.Г.  
10» мая 2012 г.

**ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ И  
СОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК НАХОДЯЩИХСЯ НА  
РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ  
ОПИАТНЫХ НАРКОТИКОВ**

Пособие для врачей

Санкт-Петербург  
2012

## Аннотация

Пособие посвящено проблеме оценки эффективности реабилитации наркологических больных. В работе проведен анализ существующих способов контроля результативности восстановительного лечения. С учетом необходимости обеспечения достоверности получаемых результатов и важности регистрации всего спектра медико-социальных последствий, связанных с потреблением психоактивных веществ, сформулированы основные требования к разработке программы мониторинга реабилитационного процесса.

Представлены результаты исследования, в котором применялись надежные многофакторные структурированные инструменты, такие как «Индекс тяжести зависимости», «Опросник выраженности психопатологической симптоматики», Шкалы качества жизни и семейного окружения; для оценки клинических, психосоциальных и аддиктивных характеристик опиатзависимых пациентов, проходящих реабилитационное лечение, также проведено сравнение полученных данных с аналогичными показателями у активных потребителей опийных наркотиков.

Пособие предназначено для врачей психиатров-наркологов, психологов и социальных работников, работающих в учреждениях здравоохранения и участвующих в программах социальной помощи больным с зависимостью от психоактивных веществ.

Авторы:

Р.Д. Илюк, к. м. н., ведущий научный сотрудник, научный руководитель отделения терапии больных с аддиктивной патологией Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева;

И.В. Берно-Беллекур, к. м. н., к. пс. н., научный сотрудник отделения терапии больных с аддиктивной патологией Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева;

М.Н. Торбан, младший научный сотрудник отделения терапии больных с аддиктивной патологией Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева;

Е.М. Крупицкий, д. м. н., профессор, руководитель отдела наркологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

Рецензенты: А.Ю. Егоров, д. м. н., профессор, кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета; С.Ю. Калишевич, д. м. н., доцент кафедры наркологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования

© Отделение терапии больных с аддиктивной патологией  
ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздравсоцразвития РФ

### **Список сокращений**

ЛРП — лечебно-реабилитационная программа

РЛ — реабилитационное лечение

РУ — реабилитационное учреждение

РП — реабилитационный потенциал

ПАВ — психоактивное вещество

ИТЗ — индекс тяжести зависимости

ШСО — шкала семейного окружения

КЖ — качество жизни

## Введение

Несмотря на серьезные усилия в области борьбы с потреблением психоактивных веществ (ПАВ), эта проблема в РФ остается крайне острой. По данным ННЦ наркологии, распространенность наркоманий за последние 10 лет неуклонно растет, и такая тенденция является устойчивой: только в 2007 году в наркологическую службу обратились за помощью по поводу злоупотребления наркотиками 537 775 россиян, а общее количество зарегистрированных наркопотребителей составило 250,4 на 100 тысяч населения (процент зарегистрированных потребителей колеблется, по разным оценкам, от 16% до 40% от всего числа наркопотребителей). Доля наркозависимых, употребляющих психоактивные вещества внутривенно, составила в 2007 году 72,6%. Основными веществами злоупотребления среди зарегистрированных наркопотребителей являются опиаты (86,7%) [12].

Одной из важных причин роста заболеваемости наркоманией и связанной с ней ВИЧ-инфекцией является недостаточная эффективность системы лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий, применяемых у больных с зависимостью от психоактивных веществ.

Наркологическое лечение, по существующему законодательству, может производиться лишь государственной наркологической службой, которая принимает на себя всю тяжесть сложившейся ситуации. В настоящее время специализированная помощь в основном ограничивается купированием синдрома отмены и острых психических, поведенческих и соматических расстройств, связанных с приемом ПАВ. Как следствие, 90% наркозависимых, прошедших однократный курс стационарного лечения, в течение года возобновляют неконтролируемое употребление наркотиков. Кроме того, регистрируется высокая повторная обращаемость за стационарной помощью — более 70% больных поступают на лечение несколько раз в год. Сниженная эффективность лечения зависимых от ПАВ объясняется несоблюдением основных принципов терапии наркологических больных (доступность, в том числе и экономическая; добровольность; максимальная индивидуальность; этапность; комплексность; отказ от употребления ПАВ), а также особенностями течения наркологического заболевания, носящего системный, хронический характер [22]. Негативное воздействие оказывает отсутствие окончательно сформированной парадигмы лечения наркологических больных.

Малоэффективным остается и одно из важнейших направлений работы с наркологическими больными — биопсихосоциальная реабилитация, призванная обеспечить их полноценное функционирование в обществе. Применение долгосрочных лечебно-реабилитационных программ у больных наркоманией в государственных центрах позволяет достигать полной ремиссии в течение года у 7–9,1% лиц [15].

Реабилитационная работа с наркологическими больными требует постоянного контроля и динамической оценки ее реальной эффективности. В

настоящее время такая оценка представляется недостаточной, так как она в большинстве случаев сводится к определению у больных сроков длительности ремиссии, под которой понимается соблюдение полной трезвости. Более адекватным подходом к оценке эффективности реабилитационного лечения (РЛ) может служить мониторинг результатов каждого этапа лечебно-реабилитационного процесса (ЛРП) с регистрацией показателей значимых сфер и систематическим биологическим контролем над возможным приемом ПАВ.

В настоящей работе рассмотрены подходы к оценке клинических, психосоциальных и аддиктивных характеристик пациентов с зависимостью от опиатов в динамике в процессе реабилитации при помощи валидных структурированных инструментов.

### **Материально-техническое обеспечение**

– Опросник «Индекс тяжести зависимости» — Addiction Severity Index (EuropASI) [20, 33], русскоязычная версия (Приложение 1).

– Опросник выраженности психопатологической симптоматики — Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) [19, 24], русскоязычная версия (Приложение 2).

– Шкала качества жизни — Health Status Survey (SF-36) [8, 36], русскоязычная версия (Приложение 3).

– Шкала семейного окружения — Family Environment Scale (FES) [29], русскоязычная версия (Приложение 4).

– Специально составленный Клинический опросник (КО), включающий в себя вопросы об инфекционном, наркологическом и соматическом статусах пациента.

### **Общие принципы реабилитации наркологических больных**

М.М. Кабанов впервые в отечественной медицинской науке обосновал новый подход к реабилитации больных нервно-психическими заболеваниями, рассматривая реабилитацию «не только как конечную цель, но и как процесс (близкий к саногенезу, имеющий свои психосоциальные и физиологические основы)». Были сформулированы основные принципы реабилитации: принцип разносторонности усилий, принцип единства биологических и психосоциальных воздействий, принцип ступенчатости (переходности) проводимых мероприятий, принцип партнерства. При этом постулировалось, что реабилитация является также и методом подхода к больному человеку, отличающимся от обычного лечения тем, что здесь имеет место не только устранение проявлений болезни, но также выработка у больного качеств, помогающих приспособиться к окружающей среде [10, 11].

В дальнейшем М.М. Кабановым, Б.М. Гузиковым, О.Ф. Ерышевым, В.М. Зобневым были разработаны основные подходы к реабилитации больных алкоголизмом и модели реабилитационных наркологических программ [16].

В приложении к приказу Министерства здравоохранения РФ от 22 октября 2003 г. № 500 был утвержден протокол ведения больных «Реабилитация больных наркоманией», в котором содержатся основополагающие теоретические принципы реабилитации, разработанные в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева.

Принятие этого документа явилось существенным шагом вперед, так как до этого времени модели реабилитационных наркологических программ, разработанные еще во времена существования Советского Союза, базировались на двух основополагающих принципах — запугать и изолировать, то есть повсеместно применялись методы принудительного лечения в лечебно-трудовых профилакториях, куда по постановлению суда направлялись наркологические больные.

Сейчас протокол ведения больных «Реабилитация больных наркоманией» базируется на концепции «реабилитологии в наркологии», предложенной Национальным научным центром наркологии Минздрава России. В концепции указано, что в основе реабилитологии лежит парадигма биопсихосоциального единства человека, которое трансформируется в результате заболевания, но может быть в той или иной мере восстановлено при комплексной реализации медико-социальных технологий и программ реабилитации, основанных на современном понимании патогенетических и клинических особенностей аддиктивных заболеваний, знании механизмов ЛРП наркологических больных. Непосредственно под реабилитацией понимается практическая реализация всех реабилитологических принципов, направленных на максимально возможное восстановление физического, психического, духовного состояния больных, и коррекция или формирование их нормативных личностных и социальных качеств, способности полноценного функционирования в обществе без употребления психоактивных веществ, вызывающих болезненную зависимость. Система реабилитации использует восстановительный потенциал реабилитационной среды, реабилитационных программ и технологий в их взаимодействии и в соответствии с поставленной целью, задачами, принципами реабилитации и РП больных [5].

Задачами реабилитации являются:

1. Формирование мотивации на окончательный отказ от употребления ПАВ.
2. Осуществление комплекса терапевтических мероприятий, направленных на устранение патологического влечения к ПАВ, а также психических и соматических нарушений, предотвращение срывов и рецидивов.
3. Восстановление трудовых навыков у пациента, помощь в трудоустройстве и решении других социальных проблем.
4. Помощь в формировании здоровых семейных отношений пациента.
5. Взаимодействие с пациентами, закончившими реабилитацию.

б. Содействие в организации психотерапевтических реабилитационных структур вне центра.

На сегодняшний день можно выделить следующие основные принципы реабилитации наркологических больных: добровольность участия, доступность и открытость, доверительность и партнерство, единство воздействий, многообразие и индивидуальность, преемственность и ступенчатость (этапность).

**Добровольность участия** предполагает, что пациент должен добровольно дать согласие на участие в ЛРП. Им или его законным представителем должны быть подписаны договор с реабилитационным учреждением и информированное согласие на участие в ЛРП, в которых необходимо подробно изложить критерии включения в реабилитацию, права и обязанности сторон, задачи, программу и продолжительность реабилитационного лечения, условия пребывания в реабилитационном учреждении и причины исключения из ЛРП. Такие документы, кроме юридического значения, имеют важное организационное, дисциплинирующее, а также терапевтическое воздействие, также с их помощью сотрудники могут избежать злоупотреблений или попыток манипуляции со стороны пациентов. Информированное согласие и договор являются конфиденциальными документами.

**Доступность и открытость реабилитационных учреждений.** Реабилитационной работе препятствуют такие ограничивающие доступ факторы, как расположение РУ в труднодоступных местах, неудобные часы приема, негативное отношение или некомпетентность персонала, бюрократические процедуры, высокая стоимость услуг, ВИЧ-статус пациентов, культурные, религиозные и языковые барьеры. Такого рода трудности должны быть сведены к минимуму для обеспечения хорошего функционирования службы.

**Доверительность и партнерство** предполагают, что эффективное восстановительное лечение и реабилитация больных с зависимостью от ПАВ возможны только при создании в реабилитационном центре благоприятной атмосферы взаимного уважения, сотрудничества и доверия. Реабилитационная среда должна поддерживать и укреплять мотивацию пациентов на выздоровление и служить моделью будущего социального функционирования в обществе.

**Принцип единства социально-психологических и медико-биологических методов воздействия** основан на том, что зависимость от ПАВ возникает при определенном сочетании биологических, психологических и социальных факторов, что должно учитываться при создании плана реабилитационного лечения.

**Многообразие (мультидисциплинарность) и индивидуализация форм реабилитационных мероприятий.** На разных этапах реабилитации могут потребоваться разные виды реабилитационного воздействия в зависимости от психического, соматического, социального состояния

пациентов и теоретической ориентации реабилитационных программ. Наибольшим потенциалом обладают комплексно-групповые формы реабилитации, но именно они требуют от специалистов хороших профессиональных знаний, большого практического опыта работы с зависимыми от ПАВ, а также хорошего взаимодействия всех членов наркологической бригады, в которую входят следующие специалисты в области реабилитации: врач психиатр-нарколог, психотерапевт, психолог, специалист по социальной работе, инструктор по труду и др. Очень важно, чтобы все применяемые методики были преимущественно ориентированы на личность пациента и вовлекали больных в реабилитационный процесс. Выработку индивидуального плана медико-психологической и социальной реабилитации больного необходимо проводить после всестороннего клинического, психологического и социального анализа его состояния и постановки основного, а также сопутствующего диагноза. Успешная реализация индивидуализированных планов в реабилитационных программах возможна лишь при условии переориентации медицинского персонала с позиции «больной — объект лечения» на позицию, при которой личность зависимого от психоактивных веществ выступает как активная составляющая лечебного процесса [3, 4].

**Преимственность и ступенчатость (этапность) реабилитационных мероприятий.** Принцип преимственности подразумевает объективно обоснованный постепенный переход от мероприятий предреабилитационного периода к реабилитационному, а затем к постреабилитационному, или от лечебных к медико-психологическим и в дальнейшем к психосоциальным мероприятиям, последовательно осуществляемым в различных лечебно-профилактических учреждениях.

Восстановительный (предреабилитационный) период включает лечение острых и подострых состояний, вызванных хронической или острой наркотической интоксикацией, а также подготовку больных к участию в реабилитационных программах.

Первый этап реабилитации — адаптационный — направлен на приспособление больных наркоманией к условиям пребывания в реабилитационном учреждении. Мероприятия этого этапа имеют преимущественно медико-психологическую направленность и включают консультирование и обследование больных врачом-наркологом, психологом, психотерапевтом, социальным работником, противорецидивные мероприятия, работу над усилением мотивации больного на участие в реабилитационном процессе.

На втором этапе реабилитации — интеграционном — пациент входит в реабилитационную программу, включающую медицинский, психологический, психотерапевтический и социальный аспекты, формируются устойчивые группы больных, объединенных общим кругом интересов, способных оказывать положительное влияние друг на друга. Проводится психотерапевтическая работа с родственниками больных и



терапия созависимости.

Третий этап реабилитации — стабилизационный — направлен на восстановление и стабилизацию физического и психического состояния больного. Акцент переносится на психосоциальный аспект реабилитационной программы, преследующей достижение основной цели — восстановление, коррекцию или формирование нормативных личностных и социальных качеств больного, возвращение его в семью и общество. Увеличивается объем физического и интеллектуального труда, стимулируется профессиональная ориентация, больные вовлекаются в работу по само- и взаимопомощи в сообществах анонимных наркоманов (НА), анонимных алкоголиков (АА). При необходимости проводятся терапевтические мероприятия, направленные на лечение существующих у пациента заболеваний.

Необходимыми условиями для осуществления ЛРП являются: а) отказ больного (одномоментный или постепенный) от употребления ПАВ; б) личная ответственность за успешную реализацию ЛРП; в) опора на позитивные, лично значимые для пациента социальные ценности; г) обеспечение адекватной правовой и организационной регламентации ЛРП; д) «командный» метод работы специалистов РУ; е) создание в РУ подлинной терапевтической атмосферы [1, 2, 5, 6, 17].

### **Подходы к оценке эффективности лечебно-реабилитационного процесса в наркологии**

Многие годы в отечественной наркологии оценка эффективности реабилитации, да и всего лечения, сводилась к определению у больных сроков длительности ремиссии, под которой понимается соблюдение режима трезвости, или полный отказ от приема ПАВ. Такой подход является недостаточным с позиции как науки, так и медицинской практики, в связи с тем, что излечение наркомании или формирование полной и длительной трезвости — трудновыполнимая задача. Наркологические заболевания, как и многие другие психические болезни, носят процессуальный, прогрессивный характер. Рецидив часто возникает на фоне попыток контролировать употребление наркотика и является неотъемлемой частью заболевания. Цель — длительная ремиссия (выздоровление) — должна достигаться поэтапно.

На сегодняшний день можно условно выделить два уровня оценки эффективности ЛРП.

*Первый уровень мониторинга* — базовый, его целью является сбор ключевой информации о пациенте (субъект оценки). В соответствии с протоколом «Реабилитация больных наркоманией» основу этого уровня составляет понятие «реабилитационного потенциала (РП) наркологических больных», представляющего собой многофакторную клиническую, психологическую и социальную диагностическую и прогностическую оценку

способностей и возможностей больных к продолжительным ремиссиям, выздоровлению, реадaptации и возвращению к общественно полезной деятельности. РП базируется на объективных данных о наследственности, преморбиде, соматическом состоянии, виде, тяжести и последствиях наркологического заболевания, особенностях личностного развития и социальном статусе больного. Кроме того, РП объединяет индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности и уровень личностного и социального развития, а также ценностную ориентацию больных.

Для оценки уровней РП предлагается использовать шкалу, состоящую из четырех блоков, позволяющую оценивать преморбидное состояние, особенности клиники заболевания, личности, социального статуса и социальных последствий. С помощью этого инструмента можно получить суммарную балльную оценку уровня РП для каждого больного, а также дифференцировать пациентов по трем клиническим группам: больные с высоким, средним и низким уровнями РП. Стандартизированная диагностика уровня РП позволяет оценить состояние каждого больного на входе в программу реабилитации. Утверждается, что с ее помощью возможно проследить динамику его состояния вплоть до завершения РЛ [15].

В протоколе ведения больных «Реабилитация больных наркоманией», с целью объективного подтверждения факта воздержания от приема наркотиков или употребления некоторых видов лекарственных препаратов, предлагается проводить контроль биологических жидкостей. Исследование осуществляется при поступлении в реабилитационное отделение и может быть повторено в течение срока реабилитации (в среднем 1 раз в 3 месяца).

Также на первом уровне мониторинга следует дополнительно проводить психологическое обследование пациентов, оценивать их психическое, соматическое и социальное состояние [14].

*Второй уровень мониторинга* направлен на оценку эффективности работы всего реабилитационного учреждения.

Критерием оценки является информация из РУ, к которой относятся:

1. Исходная документация для оценки эффективности деятельности РУ (история болезни, амбулаторная карта, шкала оценки РП, схема работы РУ и т. д.).

2. Основные показатели эффективности деятельности РУ и эффективности медико-социальной реабилитации больных наркоманией:

– количество наркологических больных, находящихся под наблюдением реабилитационного учреждения (на конец отчетного года);

– количество и удельный вес наркологических больных, участвующих в реабилитационных программах, по отношению ко всем наркологическим больным;

– реабилитационный охват — количество и удельный вес наркологических больных, завершивших программу реабилитации;

- количество наркологических больных, прервавших программу реабилитации;
- продолжительность реабилитации в условиях стационаров и амбулаторий;
- продолжительность терапевтических ремиссий с учетом уровня РП;
- улучшение качества жизни и социального функционирования;
- улучшение или стабилизация материального положения;
- количество и удельный вес больных, находящихся в рецидиве, но сохраняющих социальную адаптацию;
- количество и удельный вес больных, вовлеченных в противорецидивную программу;
- количество и удельный вес больных, повторно вовлеченных в реабилитационную программу;
- удельный вес отдельных видов технологий, используемых в ЛРП;
- количество и удельный вес больных, вовлеченных в работу групп само- и взаимопомощи (НА, АА);
- количество и удельный вес ВИЧ-инфицированных наркологических больных, вовлеченных в программы реабилитации;
- состояние социальных сред (семья, работа, учеба и т. д.)

### 3. Кадровое обеспечение и материальная база РУ.

Подходы по реализации мониторинга второго уровня подробно изложены в методических рекомендациях «Оценка эффективности интеграционной системы реабилитации больных наркоманией», созданных ФГУ ННЦ наркологии Министерства здравоохранения и социального развития РФ [15].

В соответствии с приказом № 500 мониторинг процесса РЛ должно проводиться на всей территории Российской Федерации. Перечень наркологических РУ, в которых проводится мониторинг, определяется ежегодно ННЦ наркологии.

Накопленный опыт диктует необходимость дальнейшего усовершенствования и доработки существующих подходов к оценке эффективности ЛРП.

## **Программа мониторинга лечебно-реабилитационного процесса в наркологии**

### ***Первый уровень мониторинга***

Концепция реабилитационного потенциала, несмотря на свою прогрессивность, не позволяет в полном объеме оценивать все проблемные сферы наркологических больных, такие как юридический статус, особенности рискованного поведения, соматические и психиатрические проблемы. Существенными недостатками являются отсутствие информации о дифференциальной чувствительности метода оценки РП и невозможность сравнения получаемых результатов с данными зарубежных исследований.

Необходимо подчеркнуть, что на сегодняшний день в отечественных наркологических методических руководствах и приказах нет четких указаний на диагностические технологии и инструменты, которые можно было бы применить для оценки аддиктивного, психического, социального статуса больных, участвующих в ЛРП.

Безусловно, как с практической, так и с теоретической точки зрения, система оценки (мониторинга) ЛРП является центральным элементом всех реабилитационных программ. В основе мониторинга ЛРП должна лежать комплексная, структурированная, динамическая оценка состояния пациентов (и его близкого окружения), а также систематический биологический контроль за возможным приемом ПАВ. Важно, чтобы система оценки была достаточно гибкой, объективной и в то же время учитывала особенности структуры конкретных РУ и подходы к ЛРП, которые в них реализуются.

Качественное выполнение мониторинга ЛРП должно обеспечивать, во-первых, оценку эффективности применяемых реабилитационных технологий, то есть определять, насколько и в какой степени ЛРП фактически способствует достижению поставленных реабилитационных задач, а во-вторых — эффективное управление системой мониторинга ЛРП, или насколько применяемые инструменты соответствуют поставленным задачам.

При разработке и для успешного выполнения программы мониторинга процесса реабилитации необходимо решить следующие задачи:

1. Определить, какие данные мониторинга должны формировать объективную отчетность в соответствии с приоритетами и подходами реабилитации.
2. Определить, какие основные валидные оценочные инструменты необходимо использовать.
3. Определить временные точки применения оценочных инструментов.
4. Определить подходы к биологическим методам контроля трезвости и временные точки их применения.
5. Определить квалификацию сотрудников, осуществляющих процесс мониторинга ЛРП.

### **Критерии формирования отчетности мониторинга ЛРП**

Учитывая весь спектр медико-социальных последствий, связанных с потреблением ПАВ, как для пациента, так и для общества, можно сформулировать основные приоритетные задачи ЛРП: отказ от приема ПАВ или уменьшение количества их потребления, восстановление / стабилизация / улучшение соматического и психического здоровья пациентов, восстановление / стабилизация / улучшение социального функционирования и качества жизни, снижение рискованного поведения (сексуального и аддиктивного), уменьшение распространения ВИЧ и других опасных инфекций, уменьшение числа правонарушений.

В этой связи эффективность ЛРП на уровне пациента следует

оценивать по следующим параметрам:

1. Социально-демографические показатели — объективные данные о пациенте: возраст, пол и т. д.

2. Семейное положение и жилищные условия.

3. Показатели аддиктивного поведения и ситуация, связанная с потреблением ПАВ, по отношению к которому сформирована зависимость: диагноз, частота, способ употребления и дозы ПАВ, место употребления, длительность трезвости, частота и продолжительность рецидивов, количество и продолжительность ремиссий и их вид, переход на другие ПАВ, количество передозировок.

4. Показатели занятости: учеба, наличие оплачиваемой работы, трудоустройство, получение новой специальности.

5. Показатели социального функционирования и качества жизни: жилищные условия, семейное положение, наличие конфликтов в семье и ближайшем окружении, расширение сферы интересов, степень социальной адаптации.

6. Показатели соматоневрологического здоровья: вес, динамика веса, дисфункции ЖКТ, заболевания печени, почек, кожи, дыхательной и сердечно-сосудистой систем, инфекционные заболевания, количество госпитализаций, в том числе связанных с потреблением ПАВ, регулярное врачебное наблюдение.

7. Показатели юридического статуса: количество правонарушений, непосредственно связанных с наркоторговлей, а также других видов правонарушений, совершаемых с целью получения средств на приобретение наркотиков; количество инцидентов, связанных со злоупотреблением наркотическими веществами (травмы, дорожно-транспортные происшествия, административные правонарушения).

8. Показатели психического здоровья: тип и динамика течения психических расстройств.

9. Показатели рискованного поведения: использование одноразовых инструментов, средств, обеспечивающих безопасный секс.

### **Определение основных оценочных инструментов**

Определение и подбор основных диагностических инструментов является наиболее важной частью разработки программы мониторинга. На сегодняшний день имеются разнообразные подходы и способы оценки состояния пациентов, проходящих лечебно-реабилитационный процесс. При выборе инструментов следует руководствоваться следующими принципами:

1. Комплексность оценки состояния пациентов, участвующих в ЛРП.

2. Соответствие целевой группе.

3. Соответствие программам и этапам реабилитации.

4. Применяемый инструмент должен обладать такими характеристиками, как структурируемость, квантифицированность, достоверность, надежность, воспроизводимость результатов, широкая

распространенность.

5. Заполнение вопросника должно занимать как можно меньше времени.

6. Пациенты должны быть способны понять методологию оценки и отчеты по оценке без особых затруднений.

7. Возможность прямого опроса пациентов или самостоятельного заполнения опросников пациентом.

Комплексная оценка состояния пациентов, зависимых от ПАВ, участвующих в ЛРП, подразумевает максимально широкий охват всего спектра феноменологических проявлений и социально-поведенческих характеристик. Желательно, чтобы мониторинг включал и качественные данные, то есть непосредственные впечатления персонала о состоянии пациента, полученные в личной беседе или в телефонном разговоре.

На сегодняшний день существуют два инструмента, которые нашли широкое распространение в мире и были адаптированы для использования в Российской Федерации. Это опросник «Индекс тяжести зависимости» — Addiction Severity Index (EuropASI) [20, 33] и «Наркологический профиль Модсли» — The Maudsley Addiction Profile (MAP) [7].

Оба инструмента похожи по структуре и содержанию и позволяют комплексно оценивать все проблемные сферы наркозависимых. Они могут использоваться для исследовательских целей, а также для мониторинга результатов ЛРП. «Наркологический профиль Модсли» — краткий инструмент, на заполнение которого требуется приблизительно 12 минут. «Индекс тяжести зависимости» содержит более полный набор данных и показателей поведения пациентов. Подробное описание этого инструмента см.: <http://www.emcdda.europa.eu>

Для более глубокой оценки состояния реабилитантов по ряду сфер могут потребоваться дополнительные, более дифференцированные инструменты. Например, при клинической оценке наркологических расстройств часто требуется оценка влечения к наркотику, для чего целесообразно применить достаточно простую и информативную «Визуальную аналоговую шкалу влечения к ПАВ», градуированную от 0 до 100, на которой пациент показывает, насколько у него выражена тяга к основному аддиктивному веществу.

Важным инструментом является «График потребления ПАВ» — Time Line Followback (TLFB), который стал обязательным методом всех программ оценки потребления спиртного, наркотиков, никотина. График потребления ПАВ представляет собой бланк ретроспективной оценки ежедневного потребления ПАВ, регистрирующий дозу, путь введения наркотических средств или стандартных единиц алкоголя, принятых в течение каждого дня. Днем считается 24-часовой период, который начинается с 9:00 часов утра и заканчивается в 9:00 утра на следующий день. Месяцем считаются 28 последовательных дней. Для заполнения графика TLFB требуется приблизительно 10–15 минут. График потребления ПАВ должен

составляться на каждом посещении и охватывать период между последним и предыдущим посещениями. В случае пропуска визита график TLFВ заполняется при следующем посещении и должен охватывать дни, которые должны были быть учтены во время пропущенного визита. Пациенты могут использовать личный календарь, чтобы отмечать в нем дни потребления ПАВ, или календарь, выданный в центре проведения исследования. Календарь нужен для того, чтобы пациенту было легче вспомнить дни потребления спиртных напитков во время заполнения графика TLFВ (Приложение 5).

Для клинической оценки симптомов психических расстройств можно рекомендовать «Краткий международный психиатрический опросник» — Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), который был разработан как краткое структурированное диагностическое интервью при больших психиатрических расстройствах первой оси по критериям в DSM-IV и МКБ-10 (ICD-10) [34]. Также широкое распространение нашел «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» — Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) — инструмент для определения актуального психопатологического симптоматического статуса.

В зависимости от целей мониторинга используются:

– Шкала выраженности синдрома ангедонии. Инструмент позволяет оценить аффективные нарушения в ранний постабстинентный период [18].

– Шкала депрессии А.Т. Бека [21].

– Шкалы ситуационной и личностной тревоги Ч.Д. Спилбергера [32].

– Тест оценки степени риска позволяет оценивать особенности сексуального и аддиктивного поведения, связанного с риском распространения ВИЧ-инфекции. [23].

– Для оценки качества жизни: опросник ВОЗКЖ-100 [8], Шкала качества жизни (SF-36) [36].

Существуют международные базы данных, которые содержат информацию о стандартизированных и надежных диагностических инструментах, применяемых для исследовательских целей. В частности, Банк оценочных инструментов (Evaluation Instruments Bank) Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction — EMCDDA) представляет собой базу документов о стандартизированных инструментах и методах, разработанных в мире. База данных содержит комментарии по их применению и ссылки на соответствующие исследования, включает материалы на 18 языках. Банк методов оценки регулярно обновляется и в настоящее время содержит 156 диагностических инструментов и методов оценки лечебно-профилактических вмешательств. Более подробную информацию см.: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index78046EN.html>

**База данных систематических обзоров «Cochrane».** База данных систематических обзоров «Cochrane» содержит статьи, в которых рассматриваются результаты исследований в области здравоохранения, в том числе и исследований с применением оценочных инструментов. Обзоры структурированы и систематизированы, включают опубликованные результаты исследований на основе четких доказательных критериев в целях обеспечения достоверности сделанных выводов и сведения к минимуму необъективности. Данные исследований, как правило, статистически комбинируются с использованием методики метаанализа. В рамках организации «Cochrane» учреждена Группа по наркотикам и алкоголизму, которая публикует обзоры и практические руководства на основе фактических данных, в форме полных обзоров, технических рефератов и кратких резюме. Более подробную информацию см.: <http://www.cochranelibrary.com>

Важно отметить, что правильно подобранные и составленные опросники могут обеспечить сбор необходимых данных, даже если анкетирование проводится менее квалифицированными сотрудниками. Диагностические инструменты, разработанные за рубежом, должны быть адаптированы к существующим национальным условиям.

### **Выбор временных точек проведения мониторинговых исследований**

Результаты изменения состояния и поведения пациента в процессе РЛ могут быть оценены один или несколько раз. Наиболее логичным способом оценки результатов ЛРП является сбор данных у пациентов и членов их семей в начале программы, а затем сбор той же информации у пациентов несколько раз в процессе прохождения этапов реабилитационного лечения и после него.

### **Определение подходов к биологическим методам контроля трезвости и временные точки их применения**

С целью контроля эффективности реабилитационных мероприятий, оценки качества ремиссии, выявления срывов или рецидива заболевания обследование должно включать диагностику фактов употребления наркотиков. Для обнаружения ПАВ в организме наиболее часто используются моча, слюна, кровь и волосы.

Наиболее распространенным методом является тестирование мочи, так как применяемые при этом тест-системы доступны, дешевы, такой анализ можно сделать в домашних условиях, он достаточно информативен, хотя и требует дополнительной лабораторной проверки для получения точных результатов. Экспресс-тестирование мочи на наркотики основывается на методе иммунохроматографического анализа. Исследуемая жидкость, всасываясь и проходя через адсорбирующее устройство, при наличии в ней искомого вещества или его метаболитов вступает в реакцию со



специфическими антителами, образуя комплекс антиген—антитело. Этот комплекс связывается с антигеном, иммобилизованным в тест-зоне стрип-полосок, и не выявляется, если концентрация искомым веществ не превышает пороговый уровень: 300 нг/мл для опиатов. Положительный результат анализа — наличие одной розовой полосы в контрольной зоне — означает, что в исследуемом образце концентрация наркотиков превышает пороговое значение. Отрицательный результат тестирования — две розовые полосы в тест-зоне — указывает на отсутствие наркотических (искомых) веществ в исследуемом образце мочи или свидетельствует о том, что его концентрация ниже порогового уровня. Тест-полоски не предназначены для определения количественного уровня наркотических веществ в моче или определения тяжести наркотического опьянения. В случае, когда результат тестирования мочи необходимо использовать в суде в качестве доказательства, проводится тестирование лабораторными химико-токсикологическими методами, при этом используются поляризационно-флюоресцентный иммуноанализ, иммуноферментный анализ (ИФА), хромато-масс-спектрометрия, газо-жидкостная хроматография.

Перспективно тестирование слюны на наличие ПАВ, так как оно позволяет быстро и нестигматизированно собрать материал для исследования. Тестирование на наркотики по слюне может быть проведено тремя основными методами: иммунохроматографическим, химико-токсикологическим и аппаратным анализатором — Drager DrugTest 5000. В методе иммунохроматографического тестирования для селективного определения наркотика в слюне используются антитела с большим уровнем специфичности и чувствительности. Тест-устройство состоит из хроматографического адсорбента, в котором наркотик или его метаболиты из образца взаимодействуют со специфическими конъюгатами антител, формируя комплекс антиген—антитело. Отрицательная проба дает две отдельные цветные полосы, одну в тестовой зоне и одну в контрольной зоне. При положительной пробе появляется только одна цветная полоска в контрольной зоне. Данный тип тестов дает лишь предварительные результаты. Для получения подтвержденных результатов рекомендуется использовать химические методы анализа: газовую хроматографию и масс-спектрофотометрию.

В последнее время популярным становится тестирование на наркотики по волосам. Метод выявления наркотических веществ по волосам является одним из самых надежных и широко применяется в Европе и США. К достоинствам метода можно отнести то, что он дает возможность определить, принимал ли человек наркотические вещества хотя бы один раз в течение последних месяцев, различить хроническое и единичное потребление, определить дозу ПАВ, кроме того, он отличается простотой взятия образцов.

Волос служит своеобразным носителем, на котором зафиксированы вещества, которые человек принимал даже в малых дозах. Анализ волос

позволяет воссоздать хронологию потребления наркотических веществ. Срок, в течение которого возможно проанализировать прием ПАВ, зависит от длины исследуемого волоса. Скорость роста волос составляет от 1 до 1,2 см в месяц. Если взять волос длиной 3 см, то в части (длиной около 1 см), которая находится ближе всего к корню, обнаруживаются элементы всех веществ, которые были приняты за последний месяц. Во втором сегменте содержится информация о веществах, которые употреблялись за предшествующий месяц. Третий сегмент включает вещества, попавшие в организм три месяца назад. Для анализа желательно использовать образцы волос (50–100 волосков) с головы, так как они обеспечивают наиболее точные результаты. Образцы волос в лабораторных условиях обрабатываются веществами, растворяющими белковую часть волоса, в результате чего высвобождаются вещества, закрепленные в волосе. Полученный раствор анализируют на газовом хроматографе или масс-спектрометре, позволяющих обнаружить вещества в мельчайших дозах. Немаловажной является и возможность взятия образцов у трупа для криминалистических целей. Данный вид тестирования на наркотики наиболее высокочувствителен и селективен по сравнению с другими методами исследования. Образцы волос можно взять спустя многие месяцы после приема наркотика и с высокой точностью определить, когда, какое вещество и в какой дозе было принято.

При тестировании крови на наркотики основными являются химико-токсикологические методы, которые аналогичны методам тестирования мочи. В отличие от тестирования на наркотики по моче, слюне или волосам, здесь необходим визит в процедурный кабинет клиники или лабораторию, которая произведет забор крови из вены. Результат тестирования крови химико-токсикологическим методом является юридическим фактом и может быть использован в суде в качестве доказательства.

Надежность применения иммунохроматографических тест-систем в значительной мере снижается при неконтролируемом сборе образцов, неправильном их хранении (нарушение сроков годности), поэтому положительный результат при тестировании биологических жидкостей не является окончательным диагностическим признаком потребления ПАВ.

*Оценка потребления алкоголя.* Другой обязательный способ контроля состояния пациентов — измерение во время всех визитов концентрации алкоголя в выдыхаемом воздухе с помощью сертифицированных и регулярно поверяемых алкотестеров.

*Периодичность тестирования.* При мониторинге состояния реабилитантов для получения достоверных данных необходимо проводить регулярное тестирование на наркотики с частотой, зависящей от вида анализа и чувствительности метода (см. таблицу 1). Рекомендации по тестированию, изложенные в протоколе ведения больных (частота 1 раз в три месяца), применимы только в случае стабильной ремиссии у больных с высоким реабилитационным потенциалом, находящихся под долгосрочным

наблюдением.

Таблица 1

Примерные сроки чувствительности методов определения ПАВ\*

Вид вещества	Моча	Слюна	Волосы
Амфетамины	До 5 дней	До 3 дней	До 90 дней и более
Кокаин	До 7 дней	До 1 дня	До 90 дней и более
Метамфетамины	До 5 дней	До 3 дней	До 90 дней и более
Метилфенидат	До 5 дней	До 3 дней	До 90 дней и более
Никотин	До 5 дней	До 3 дней	До 90 дней и более
ЛСД	До 8 часов	До 1 дня	До 90 дней и более
Мескалин	До 5 дней	Неизвестно	До 90 дней и более
Фенциклидин и аналоги	До 8 дней	До 3 дней	До 90 дней и более
Псилоцибин	До 8 часов	Неизвестно	До 90 дней и более
Каннабис (в зависимости от частоты использования и жирового индекса)	2–15–30–40 дней	До 1 дня	До 90 дней и более
Тетрагидроканнабинол	До 5 недель	Неизвестно	До 90 дней и более
Кодеин	До 5 дней	До 2 дней	До 90 дней и более
Героин	До 4 дней	До 2 дней	До 90 дней и более
Метадон	До 7 дней	До 1 дня	До 90 дней и более
Морфин	До 4 дней	До 1 дня	До 90 дней и более
Опиум	До 5 дней	До 3 дней	До 90 дней и более
Алкоголь	6–24 часов (5 дней с ETG)	До 1 дня	До 90 дней и более
Барбитураты	До 21 дней	До 3 дней	До 90 дней и более
Бензодиазепины	До 42 дней	До 3 дней	До 90 дней и более
Метаквалон	До 2 недель	До 2 недель	До 90 дней и более

\* По данным SAMHSA — the Substance Abuse and Mental Health Services Administration, USA.

*Примечание.* Анализ на наркотики по крови с помощью химико-токсикологических методов позволяет достоверно установить факт употребления наркотиков, если с момента употребления прошло не более 72 часов. В отдельных случаях можно установить количественное соотношение наркотика в единице объема крови.

Следует отметить, что временные диапазоны регистрации потребления

ПАВ также связаны с видом наркотика, количеством и частотой использования, особенностями метаболизма, массой тела, рН мочи, возрастом, общим состоянием здоровья. Например, увеличение периодов регистрации ПАВ отмечается при замедленном метаболизме, ухудшении общего здоровья, по мере увеличения возраста, при повышенной кислотности мочи, повышенной массе тела или высоком проценте содержания жира в организме, а также при высокой толерантности. Необходимо соблюдать рекомендуемые промежутки между временными точками тестирования. Обо всех видах биологического контроля, которые будут применяться при мониторинге состояния пациентов, необходимо сообщить до поступления на РЛ и указать в информируемом согласии и договоре.

### **Квалификация сотрудников, которые проводят оценку**

Качественное проведение мониторинга эффективности ЛРП требует от специалистов прохождения обучения по всем применяемым инструментам и способам оценки состояния пациентов. Новые сотрудники, которые будут проводить оценку в период ЛРП, также должны получить сертификат, пройдя такую же процедуру обучения. Желательно, чтобы оценку каждого пациента в течение всего периода исследования проводил один и тот же сотрудник.

### ***Второй уровень мониторинга***

К дополнительным критериям оценки эффективности работы всего РУ можно отнести сведения, касающиеся доступности, количества и стоимости платных процедур, вид и количество документов, необходимых для поступления на РЛ, виды диагностических технологий, применяемых в РУ, повторную обращаемость.

### ***Третий уровень мониторинга***

Официальная система мониторинга федерального уровня должна представлять собой интегральную систему управления информацией данных о деятельности всех РУ и результатов РЛ.

Целью системы мониторинга третьего уровня должен стать анализ эффективности применяемых методов и основных процессов ЛРП, а также создание электронных баз данных, позволяющих специалистам знакомиться с новейшими эффективными технологиями. Примером может служить Сетевая база данных оценки наркомании (DENS), которая представляет собой непрерывную систему электронного сбора данных и отчетности, стандартизированных автоматизированных данных о пациентах, проходящих лечение от наркомании, и о программах лечения в Соединенных Штатах Америки. Сбор таких данных также способствует построению эффективных программ наркополитики на государственном уровне. Более подробную информацию см.: <http://www.densonline.org>

## **Эффективность применения инструментов мониторинга при реабилитации потребителей ПАВ**

Эффективность предлагаемых подходов была апробирована в исследовании, целью которого была динамическая оценка клинических, психосоциальных и аддиктивных характеристик пациентов с зависимостью от опиатов в процессе реабилитации, выполненная при помощи структурированных инструментов, а также сравнение полученных данных с аналогичными показателями у активных потребителей опиоидных наркотиков.

### ***Задачи исследования:***

1. Изучение клинических, психосоциальных и аддиктивных характеристик ПИОН, поступающих на реабилитационное лечение в государственные реабилитационные центры.
2. Оценка динамики изменений исследуемых характеристик в процессе реабилитации, оценка качества ремиссии, достигаемой в процессе реабилитации, и выявление предикторов и факторов риска, влияющих на преждевременное выпадение пациентов из реабилитационной программы.
3. Оценка влияния ВИЧ-статуса пациентов реабилитационных программ на клинические, психосоциальные и аддиктивные характеристики обследуемых, а также на динамику и эффективность реабилитационного процесса.
4. Исследование группы активных ПИОН для получения данных, позволяющих оценить различия между группами пациентов, вовлеченных и не вовлеченных в реабилитационные программы.

### ***Объект и место исследования:***

– 50 участников исследования проходили восстановительное лечение в пяти городских наркологических реабилитационных центрах межрайонного наркологического диспансера № 1 г. Санкт-Петербурга с диагнозом «синдром зависимости от опиоидов» (F11.2). Пациенты включались в исследование в течение недели после поступления на реабилитационное лечение.

– 30 участников исследования — активные потребители опиоидных наркотиков, не находящиеся на лечении, — были обследованы в наркологических кабинетах районов Санкт-Петербурга и НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

### ***Критерии включения в исследование для группы пациентов, находящихся на реабилитационном лечении:***

1. Установленный диагноз «синдром зависимости от опиоидов» (F11.2).
2. Возраст более 18 лет.
3. Способность дать информированное согласие на участие в

исследовании.

***Критерии включения в исследования для пациентов из группы активных потребителей опиатных наркотиков:***

1. Внутривенное потребление опиатов в течение 30 и более дней до начала исследования, подтвержденное результатами анализа мочи на психоактивные вещества (ПАВ).
2. Возраст более 18 лет.
3. Способность дать информированное согласие на участие в исследовании.

**Критерии исключения из исследования для пациентов из обеих групп:** наличие остро протекающих психических заболеваний (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия), наличие выраженного когнитивного дефицита, отказ пациента от участия в исследовании. Для пациентов из группы реабилитационного лечения дополнительным критерием исключения являлось прекращение реабилитационного лечения, наличие положительного результата теста на наличие ПАВ в моче или пропуск процедуры тестирования.

***Методы исследования***

В ходе исследования все пациенты обследовались при помощи набора методик, включающего в себя:

1. Опросник «Индекс тяжести зависимости» — Addiction Severity Index (EuropASI) [20, 33], русскоязычная версия (Приложение 1).
2. Опросник выраженности психопатологической симптоматики — Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) [19, 24], русскоязычная версия (Приложение 2).
3. Шкала качества жизни — Health Status Survey (SF-36) [8, 36], русскоязычная версия (Приложение 3).
4. Шкала семейного окружения — Family Environment Scale (FES) [29], русскоязычная версия (Приложение 4).
5. Специально составленный Клинический опросник (КО), включающий в себя вопросы об инфекционном, наркологическом и соматическом статусах пациента.

**Опросник «Индекс тяжести зависимости» — Addiction Severity Index (EuropASI)**

Для достоверной оценки проблем, встречающихся у зависимых от ПАВ пациентов, особенностей употребления наркотических веществ и алкоголя, характера зависимости и степени ее тяжести использован опросник «Индекс тяжести зависимости» (ИТЗ). ИТЗ является общепризнанным инструментом, применяемым для научных и клинических целей в наркологии во всем мире (Приложение 1).

ИТЗ был предложен в 1979 году как клинический / исследовательский инструмент, предназначенный для всесторонней оценки проблем, встречающихся у пациентов, страдающих от наркотической и алкогольной зависимости [20, 33]. Инструмент был создан как для использования в клинических условиях, так и для получения научных данных, поэтому дизайн опросника позволяет применять его в условиях стационарных и амбулаторных клиник и реабилитационных центров, а также среди активных потребителей алкоголя / наркотиков вне лечебных учреждений. Данный опросник не требует обязательного участия в интервью врача-нарколога или психолога, он может быть проведен специально обученным сотрудником. Кроме того, его заполнение занимает в среднем около 40 минут, что делает его удобным инструментом для повторного опроса пациентов, закончивших лечение [20].

Информация, полученная при помощи ИТЗ, используется для оценки степени тяжести зависимости при приеме на лечение, для составления плана лечения и решения вопроса о необходимости привлечения сторонних специалистов либо о переводе пациента на другое отделение или следующий этап реабилитации. Поскольку ИТЗ измеряет строго определенные характеристики пациента в заданных временных рамках, этот опросник может эффективно применяться для оценки изменений состояния пациента после завершения лечения.

ИТЗ — это стандартизированный полуструктурированный опросник, состоящий из 9 основных разделов:

1. Общая информация: пол, возраст, адрес, национальность, дата собеседования, информация о нахождении пациента в условиях ограниченной свободы (в заключении или в медицинском учреждении) за 30 дней до опроса.

2. Медицинский статус: наличие и длительность проблем с соматическим здоровьем в течение последних 30 дней и отношение пациента к этим проблемам, наличие госпитализаций в прошлом и хронических заболеваний.

3. Работа / средства к существованию: источники дохода пациента, размер дохода, характерный тип работы за последнее время, отношение пациента к проблемам с трудоустройством.

4. Употребление алкоголя: профили употребления алкоголя за всю жизнь и в течение последнего времени, озабоченность пациента проблемами с алкоголем, обращение за лечением в прошлом, периоды воздержания от алкоголя.

5. Употребление наркотиков: профили употребления наркотических веществ за всю жизнь и в течение последних 30 дней, обеспокоенность пациента проблемами с наркотиками, обращение за лечением и госпитализации в прошлом, периоды воздержания от наркотиков.

6. Юридические аспекты: находится ли пациент под следствием на момент опроса, противозаконная деятельность в недавнем прошлом,

приговоры и пребывание в заключении в течение жизни, обеспокоенность пациента проблемами с законом.

7. Семейный анамнез: проблемы со злоупотреблением ПАВ или психические заболевания у близких родственников.

8. Семья и социальные связи: семейное положение, наличие у пациента близких отношений с родственниками, наличие конфликтов с родственниками за всю жизнь и в последнее время, отношение пациента к семейным проблемам.

9. Психиатрический статус: наличие серьезных психопатологических симптомов за всю жизнь и в последнее время, наличие обращений за лечением и госпитализаций по поводу психических расстройств, отношение пациента к психопатологическим симптомам.

Завершающая секция каждого из разделов ИТЗ содержит десятибалльную шкалу тяжести, заполняемую интервьюером. В ИТЗ тяжесть определена как «необходимость дополнительного лечения или помощи» и оценивается как результат интенсивности и длительности существующих проблем. Оценка тяжести проблемы субъективно определяется интервьюером в процессе интервью по каждому из разделов опросника. Пациент, со своей стороны, также отвечает на вопросы о необходимости получения дополнительных консультаций или помощи относительно перечисленных им проблем. На основании собранных данных интервьюер корректирует свою оценку.

Поскольку метод оценки и данные, на основании которых выставляется эта оценка, стандартизированы, то окончательная оценка минимально варьирует в зависимости от личности интервьюера.

Инструкция по заполнению Шкалы тяжести зависимости дана в Приложении 1.

### ***Комплексные показатели ИТЗ***

Комплексные показатели вычисляются математически на основании данных, полученных от пациента по каждому из разделов ИТЗ. Комплексные оценки имеют высокую степень взаимосвязи со Шкалой тяжести зависимости (среднее значение коэффициента корреляции 0,88) и дают более доказательную оценку изменений состояния пациента и эффективности лечения [20, 33].

### ***Валидность и надежность ИТЗ***

ИТЗ является надежным и высоковалидным опросником: результаты конкурентного изучения надежности метода показали, что обученный использованию ИТЗ интервьюер выявляет проблемы пациента с конкордантностью 0,89. Исследования по типу тест-ретест показали, что данные ИТЗ не изменяются в зависимости от интервьюера. Исследование Шкалы тяжести зависимости выявило высокую конкурентную и



дискриминантную валидность этого инструмента. Данные по надежности и валидности были постоянными вне зависимости от пола, расы, возраста, вида основной зависимости и клиники, в которой пациент проходил лечение.

### ***Эффективность применения ИТЗ***

Эффективность применения ИТЗ была доказана многочисленными исследованиями, проведенными в Европе и США. Было доказано, что применение ИТЗ в отношении пациентов, получающих наркологическое лечение и реабилитацию, приводит к достоверному увеличению срока пребывания на лечении, получению ими большего спектра более индивидуально подобранных лечебных услуг [26, 27]; использование ИТЗ как диагностического инструмента позволяет определить весь спектр проблем пациента, связанных с употреблением ПАВ, сделать информацию об этих проблемах доступной для всех сторон лечебного процесса (врачей, психологов, социальных работников) и тем самым повысить слаженность работы «терапевтической команды» [25].

### **Опросник выраженности психопатологической симптоматики — Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)**

Для скрининга психиатрических проблем (жалоб) у наркозависимых применялся Опросник выраженности психопатологической симптоматики — Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). SCL-90-R состоит из 90 пунктов, предназначенных для оценки основных психопатологических симптомов у взрослых (Приложение 2) [24]. Опросник предусмотрен для самостоятельного заполнения и не требует участия специалиста. Каждый из 90 вопросов оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 — «совсем нет», а 4 — «очень сильно». Ответы на 90 пунктов подсчитываются и интерпретируются по девяти основным шкалам симптоматических расстройств: «соматизации» — Somatization (SOM), «обсессивно-компульсивных расстройств» — Obsessive-Compulsive (O-C), «межличностной сензитивности» — Interpersonal Sensitivity (INT), «депрессии» — Depression (DEP), «тревожности» — Anxiety (ANX), «враждебности» — Hostility (HOS), «фобической тревожности» — Phobic Anxiety (PHOB), «паранойяльных симптомов» — Paranoid Ideation (PAR), «психотизма» — Psychoticism (PSY), а также по трем обобщенным шкалам второго порядка: GSI — общий индекс тяжести симптомов; PTSD — индекс личного симптоматического дистресса, PST — широта диапазона симптоматики. Результаты SCL-90-R могут быть интерпретированы на трех уровнях: общая выраженность психопатологической симптоматики; выраженность отдельных шкал; выраженность отдельных симптомов.

В данной методике использована шкала в варианте R, которая адаптирована для использования в России Н.В. Тарабриной [19].

### **Шкала качества жизни — Health Status Survey (SF-36)**

Опросник «Шкала качества жизни» относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни (КЖ), он широко распространен в США и странах Европы при проведении исследований качества жизни. Перевод на русский язык и апробация методики были проведены Институтом клинико-фармакологических исследований (Санкт-Петербург) (Приложение 3).

Опросник SF-36 был нормирован для общей популяции США и репрезентативных выборок в Австралии, Франции, Италии. В США и странах Европы были проведены исследования отдельных популяций и получены результаты по нормам для здорового населения и для групп больных с различными хроническими заболеваниями (с выделением групп по полу и возрасту) [36]. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье.

Результаты представляются в виде оценок в баллах, при этом более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Количественно оцениваются следующие показатели:

1. Физическое функционирование — Physical Functioning (PF), — отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

2. Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием — Role-Physical Functioning (RP), — влияние физического состояния на повседневную рольную деятельность (работу и пр.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность пациента значительно ограничена его физическим состоянием.

3. Интенсивность боли — Bodily pain (BP) — и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

4. Общее состояние здоровья — General Health (GH) — оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

5. Жизненная активность — Vitality (VT) — подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.

6. Социальное функционирование — Social Functioning (SF) — определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов,

снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием — Role-Emotional (RE), — предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая бóльшие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т. п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

8. Психическое здоровье — Mental Health (MH) — характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии [9].

### **Шкала семейного окружения — Family Environmental Scale (FES)**

Шкала семейного окружения (Приложение 4) предназначена для оценки социального климата в семьях всех типов. В ее основе лежит оригинальная методика Family Environmental Scale (FES), предложенная R.H. Moos и B.S. Moos в 1974 г. [29].

Основное внимание ШСО уделяет измерению и описанию следующих показателей:

А. Отношения между членами семьи (показатели отношений).

Б. Направления личностного роста, которым в семье придается особое значение (показатели личностного роста).

В. Организационная структура семьи (показатели управления семейной системой).

В нашей стране методика адаптирована С.Ю. Куприяновым в 1985 году.

А. Показатели отношений:

1. Сплоченность (С) — степень, в которой члены семьи заботятся друг о друге, помогают друг другу; выраженность чувства принадлежности к семье.

2. Экспрессивность (Э) — степень, в которой в данной семье разрешается открыто действовать и выражать свои чувства.

3. Конфликт (К-т) — степень, в которой открытое выражение гнева, агрессии и конфликтных взаимоотношений в целом характерно для семьи.

Б. Показатели личностного роста:

1. Независимость (Н) — степень, в которой члены семьи поощряются к самоутверждению, независимости и самостоятельности в обдумывании проблем и принятии решений.

2. Ориентация на достижения (ОД) — степень, в которой разным видам деятельности (учебе, работе и пр.) придается характер достижения и соревнования.

3. Интеллектуально-культурная ориентация (ИКО) — степень активности членов семьи в социальной, интеллектуальной, культурной, политической сферах деятельности.

4. Ориентация на активный отдых (ОАО) — степень, в которой семья принимает участие в различных видах активного отдыха и спорта.

5. Морально-нравственные аспекты (МНА) — степень семейного уважения к этическим и нравственным ценностям и положениям.

В. Показатели управления семейной системой:

1. Организация (О) — степень важности для семьи порядка и организованности в плане структурирования семейной активности, финансового планирования, ясности и определенности семейных правил и обязанностей.

2. Контроль (К-л) — степень иерархичности семейной организации, ригидности семейных правил и процедур, контроля членами семьи друг друга.

### **Клинический опросник (КО)**

Для изучения вопросов инфекционного, наркологического и соматического статуса, не затронутых в остальных методиках, использован оригинальный клинический опросник (КО).

«Индекс тяжести зависимости» и Клинический опросник заполнялись интервьюером, их результаты кодировались и вносились в соответствующие формы; Опросник выраженности психопатологической симптоматики и Шкала качества жизни заполнялись самими обследуемыми, затем собирались и сохранялись интервьюером.

Пациенты из группы активных потребителей опиатных наркотиков участвовали в обследовании однократно; участники из группы пациентов, находящихся на реабилитационном лечении, были обследованы дважды: один раз в течение недели со времени поступления на реабилитационное лечение, второй раз — через три месяца после первого обследования. В промежутке между двумя обследованиями пациенты из этой группы проходили тестирование на наличие ПАВ (героина, метадона, амфетаминов) в моче с частотой один раз в две недели для контроля соблюдения трезвости в процессе реабилитационного лечения.

### **Методы статистической обработки**

Для количественных признаков приведены средние и ошибки среднего ( $M \pm SE$ ), для качественных признаков приведены частоты и процентное соотношение. Для выявления различий между группами обследуемых в зависимости от соответствия распределения нормальному закону применяли: t-критерий Стьюдента, критерий Манна–Уитни, W-критерий Уилкоксона. Для выявления связей между признаками использовался критерий согласия Пирсона — Хи-квадрат ( $\chi^2$ ). При анализе различия рассматривались как статистически значимые при  $p < 0,05$ . Для статистических расчетов

использовался пакет SPSS 19.0.

### **Результаты исследования**

Основные характеристики исследованных групп (таблица 1, приложение 6). Средний возраст принявших участие в исследовании ( $n = 80$ ) составил 29,78 года ( $SD = 4,46$ ). В группе активных ПИОН средний возраст составил 32,13 года ( $SD = 5,00$ ) и был достоверно ( $p < 0,001$ ) выше, чем в группе пациентов, поступивших на реабилитационное лечение – 28,36 года ( $SD = 3,45$ ).

Среди всех обследованных было 49 мужчин (61,3%) и 31 женщина (37,7%). Преждевременно закончили РЛ 18 ПИОН (36,0%), среднее количество дней нахождения на реабилитационном лечении в этой группе составило 28,72 ( $SD = 11,8$ ) дня.

Незаконченное среднее образование было у 9 человек (11,3%), окончили среднюю школу 29 человек (36,3%), среднее специальное образование получили 24 обследуемых (30,0%), высшее и незаконченное высшее — 18 (22,5%). 15 пациентов (18,8%) проживали одни, 30 (37,5%) — с родителями, 21 (26,3%) — с супругой или супругом, 6 (7,5%) — с сексуальным партнером, 8 (10,0%) — с родственниками.

**Характеристики исследованных групп, связанные с наркопотреблением** (таблица 2, приложение 6). Средний возраст первого употребления опиатов среди всех обследованных пациентов составил 19,12 года ( $SD = 5,80$ ), в группе активных ПИОН — 18,63 ( $SD = 2,09$ ), среди поступивших на реабилитацию — 19,93 ( $SD = 2,18$ ).

Среднее число лет, прошедших от первого потребления опиатов до момента обследования, составило для всех обследованных 10,83 года ( $SD = 4,49$ ), для активных ПИОН — 13,50 года ( $SD = 4,91$ ), для группы реабилитационного лечения — 9,24 года ( $SD = 3,26$ ).

У активных ПИОН стаж употребления опиатов был более длительный ( $p < 0,05$ ) по сравнению с пациентами из группы реабилитационного лечения, что объясняется их достоверно ( $p < 0,001$ ) более старшим возрастом. Достоверных различий по возрасту начала потребления опиатов в этих двух группах не выявлено.

Средняя суточная доза героина для всех участников исследования составляла 0,83 грамма ( $SD = 0,53$ ), для пациентов из группы активных ПИОН — 0,96 грамма ( $SD = 0,54$ ), а для ПИОН, поступивших на реабилитацию — 0,73 грамма ( $SD = 0,51$ ). Активные ПИОН имели достоверно более высокую ( $p < 0,05$ ) суточную дозу героина по сравнению с группой пациентов, поступивших на реабилитационное лечение.

Подавляющее большинство обследованных ранее проходили лечение в наркологических лечебных учреждениях: среди активных потребителей его не получал ранее лишь один пациент (3,3%), среди поступивших на реабилитацию — два пациента (4,0%). Все обследованные ранее лечились от

опиатной зависимости в среднем 3,32 раза ( $SD = 1,66$ ); активные ПИОН — 2,96 раза ( $SD = 1,40$ ); ПИОН, поступившие на реабилитационное лечение, — 3,54 раза ( $SD = 1,77$ ).

Реабилитационное лечение среди активных потребителей ранее получали 11 обследованных (36,6%), а среди поступивших на реабилитацию — 25 (50,0%). В группе выпавших из исследования среднее количество дней нахождения на реабилитационном лечении составило 28,72 ( $SD = 11,8$ ).

Среди всех обследованных было 34 пациента (42,5%) с малопрогрессирующим типом течения опиатной зависимости, 30 (37,5%) — со среднепрогрессирующим типом, 16 (20,0%) имели высокопрогрессирующий тип течения зависимости.

**Характеристики исследованных групп, связанные с ВИЧ- и гепатит-позитивным статусом** (таблица 3, приложение б). Среди всех обследованных 31 пациент (38,70%) был с ВИЧ-позитивным статусом (со слов пациентов), среди активных ПИОН ВИЧ-позитивными были 12 человек (40,0%), среди ПИОН, поступивших на реабилитационное лечение, ВИЧ был у 19 пациентов (38,0%).

Из всех обследованных пациентов 72 (90,0%) не имели ВИЧ-инфицированных в ближайшем окружении, у 8 (10,0%) это был их половой партнер; среди активных ПИОН ВИЧ-позитивных родственников или партнеров не имели 25 (83,3%) обследованных, а ВИЧ-позитивный половой партнер был у 5 (16,7%); из ПИОН, поступивших на реабилитацию, у 47 (94,0%) не было ВИЧ-позитивных лиц в ближайшем окружении, а у 3 (6,0%) половой партнер был ВИЧ-инфицирован.

По стадиям ВИЧ-инфекции все обследованные пациенты разделились следующим образом: 14 (45,0%) ВИЧ-позитивных пациентов находились на 1 стадии ВИЧ, 13 (42,0%) — на 2А, 5 (16,0%) — на 2В стадии. При этом среди активных ПИОН 4 (33,3%) ВИЧ-позитивных пациента находились на 1 стадии ВИЧ, 6 (50,0%) — на 2А стадии, 2 (16,7%) — на 2В стадии; среди ВИЧ-позитивных ПИОН, поступивших на реабилитационное лечение, 10 пациентов (52,6%) находились на 1 стадии, 7 (36,8%) — на 2А и 3 (15,8%) — на 2В стадии.

Из всех ВИЧ-позитивных пациентов, участвовавших в исследовании, антиретровирусную терапию (АРВТ) не получали 22 (70,9%) обследованных. АРВТ (монотерапию) получали 6 респондентов (19,4%), а ВААРТ (высокоактивную антиретровирусную терапию) — 3 обследованных (9,7%). Среди активных ПИОН лечения не получали 10 (83,3%) обследованных, АРВТ использовалась у 2 (16,7%); среди ПИОН, поступивших на реабилитацию, 12 (63,1%) не получали лечения от ВИЧ, АРВТ получали 4 человека (21%), ВААРТ — 3 (15,9%).

31 (38,7%) респондент (из всех обследованных) был инфицирован вирусом гепатита В, среди активных ПИОН — 11 (36,7%), среди ПИОН, поступивших на реабилитацию, — 20 обследованных (40,0%). Гепатитом С

(из всех обследованных) были заражены 47 пациентов (58,7%), из активных ПИОН 18 (60,0%) являлись носителями вируса, из ПИОН на реабилитационном лечении — 29 (58,0%), среди выбывших из реабилитации — 11 (61,1%), а из оставшихся на лечении в течение 90 дней — 18 (56,3%).

Статистический анализ с использованием теста Манна–Уитни показал, что ПИОН, инфицированные гепатитом В или С, имели достоверно ( $p < 0,01$ ) большее число раз лечения от опиатной зависимости в прошлом.

**Результаты исследования при помощи методики «Индекс тяжести зависимости»** (рисунок 1; таблица 4, приложение 6). В группе активных ПИОН ( $n = 30$ ) исследование характеристик тяжести зависимости с помощью ИТЗ выявило, что комплексные показатели по шкалам были наиболее высокими в разделах «работа / средства к существованию» — 0,722 ( $SD = 0,234$ ), «медицинский статус» — 0,519 ( $SD = 0,281$ ), «семья и социальные связи» — 0,380 ( $SD = 0,232$ ) и «психиатрический статус» — 0,375 ( $SD = 0,276$ ), что говорит о наиболее выраженных проблемах пациентов в этих сферах. Разделы «употребление алкоголя» — 0,189 ( $SD = 0,206$ ), «употребление наркотиков» — 0,153 ( $SD = 0,111$ ) и «юридические аспекты» — 0,224 ( $SD = 0,157$ ) были оценены несколько ниже.

В группе ПИОН, поступивших на реабилитационное лечение ( $n = 50$ ), наиболее выраженными были нарушения по разделам «работа / средства к существованию» — 0,866 ( $SD = 0,204$ ), «семья и социальные связи» — 0,288 ( $SD = 0,209$ ) «медицинский статус» — 0,269 ( $SD = 0,325$ ) и «употребление наркотиков» — 0,221 ( $SD = 0,073$ ). Разделы «психиатрический статус» — 0,202 ( $SD = 0,189$ ), «юридические аспекты» — 0,195 ( $SD = 0,146$ ) и «употребление алкоголя» — 0,105 ( $SD = 0,201$ ) получили более низкие баллы.

Исследование ПИОН, находившихся на реабилитационном лечении в течение 90 дней ( $n = 32$ ), показало, что наиболее выраженными в этой группе были проблемы в разделах «работа / средства к существованию» — 0,914 ( $SD = 0,150$ ), «семья и социальные связи» — 0,237 ( $SD = 0,212$ ), «психиатрический статус» — 0,203 ( $SD = 0,161$ ) и «медицинский статус» — 0,177 ( $SD = 0,289$ ), а наименее выраженными были нарушения в разделах «употребление алкоголя» — 0,032 ( $SD = 0,096$ ), «юридические аспекты» — 0,054 ( $SD = 0,118$ ) и «употребление наркотиков» — 0,062 ( $SD = 0,032$ ).

Среди тех пациентов, которые преждевременно закончили реабилитационное лечение ( $n = 18$ ), наиболее высокие комплексные показатели наблюдались по шкалам «работа / средства к существованию» — 0,874 ( $SD = 0,199$ ), «медицинский статус» — 0,321 ( $SD = 0,355$ ), «семья и социальные связи» — 0,267 ( $SD = 0,196$ ) и «употребление наркотиков» — 0,227 ( $SD = 0,068$ ). В разделах «психиатрический статус» — 0,173 ( $SD = 0,205$ ), «юридические аспекты» — 0,178 ( $SD = 0,153$ ) и «употребление алкоголя» — 0,083 ( $SD = 0,175$ ) регистрировались более низкие баллы.

Те пациенты, которые удержались на реабилитационном лечении в течение трех месяцев ( $n = 32$ ), на момент начала лечения имели худшие показатели по разделам «работа / средства к существованию» — 0,861 ( $SD = 0,211$ ), «семья и социальные связи» — 0,302 ( $SD = 0,218$ ), «медицинский статус» — 0,240 ( $SD = 0,309$ ), «психиатрический статус» — 0,219 ( $SD = 0,180$ ) и «употребление наркотиков» — 0,218 ( $SD = 0,077$ ). Наименьшим был уровень нарушений по разделам «юридические аспекты» — 0,205 ( $SD = 0,144$ ) и «употребление алкоголя» — 0,118 ( $SD = 0,216$ ).

В результате статистического анализа с использованием  $W$ -критерия Уилкоксона установлено, что у пациентов, находившихся на реабилитационном лечении в течение 90 дней, по сравнению с состоянием на момент начала реабилитации отмечается снижение комплексных показателей по шкалам «медицинский статус», «употребление алкоголя», «употребление наркотиков», «юридические аспекты», «семья и социальные связи» и повышение — по шкале «работа / средства к существованию» ( $p < 0,05$ ).

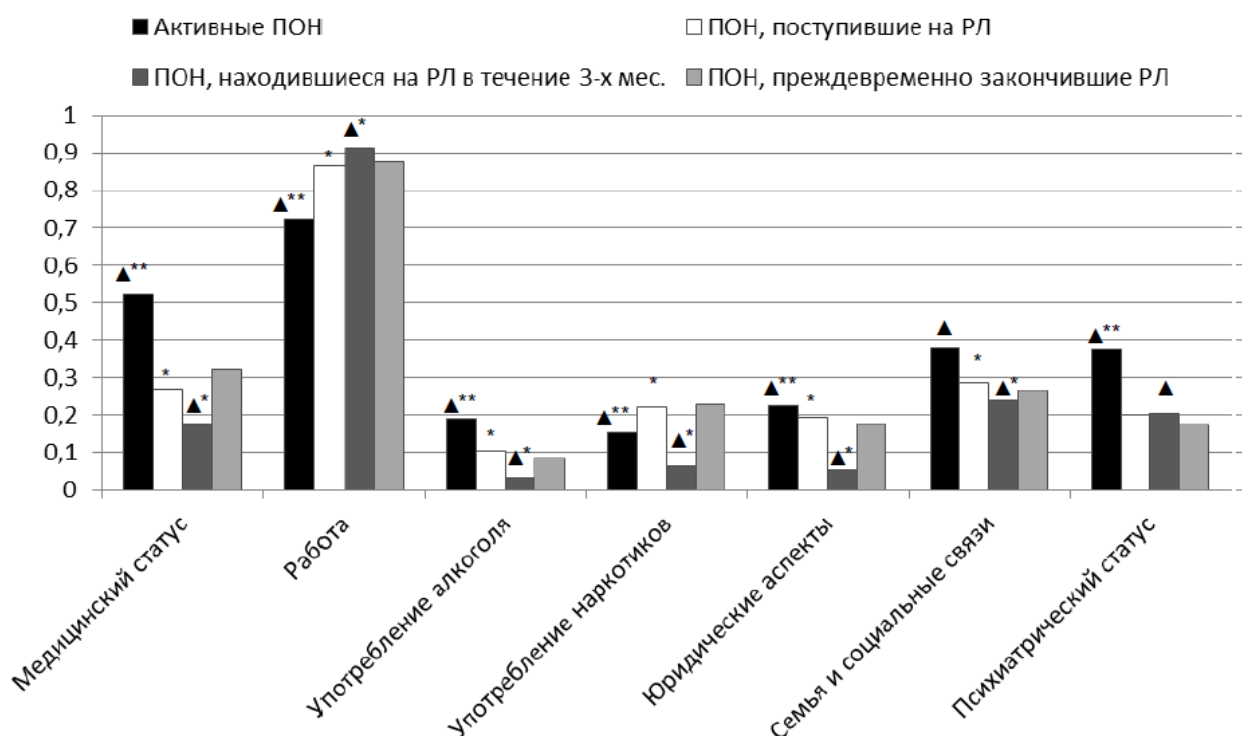
При сравнении группы активных потребителей опиатных наркотиков и группы, находившейся на реабилитационном лечении в течение 90 дней, при помощи теста Манна–Уитни установлены достоверные ( $p < 0,05$ ) различия между пациентами этих групп: у пациентов, получавших реабилитационное лечение, более низкие значения отмечались по шкалам «медицинский статус», «семья и социальные связи», «употребление наркотиков», «психиатрический статус», «юридические аспекты», «употребление алкоголя» и высокие — по шкале «работа / средства к существованию».

Сравнение группы активных ПИОН и группы начавших реабилитационное лечение показало при помощи теста Манна–Уитни достоверные ( $p < 0,05$ ) различия между пациентами: пациенты, поступившие на реабилитацию, имеют значимо более низкие значения по шкалам «медицинский статус», «употребление алкоголя», «психиатрический статус» и значимо более высокие — по шкалам «работа / средства к существованию» и «употребление наркотиков».

Достоверных различий по шкалам ИТЗ между группами, оставшихся на реабилитационном лечении в течение 90 дней и выпавших с реабилитационного лечения не обнаружено.



Рис. 1. Средние комплексные показатели Индекса тяжести зависимости у принявших участие в исследовании потребителей инъекционных опиатных наркотиков (ПИОН)



\* – различия между ПИОН, поступившими на РЛ и ПИОН, находившимися на РЛ в течение 90 дней  $p < 0,05$  (тест Уилкоксона)

\*\* – различия между активными ПИОН и ПИОН, поступившими на РЛ  $p < 0,05$  (тест Манна–Уитни)

▲ – различия между активными ПИОН и ПИОН, находившимися на РЛ в течение 90 дней  $p < 0,05$  (тест Манна–Уитни)

**Результаты исследования при помощи Опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R** (рисунок 2; таблица 5, приложение 2). В группе активных ПИОН ( $n = 30$ ) применение Опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R выявило, что наиболее высокие показатели отмечались у пациентов по шкалам «депрессия» — 1,50 ( $SE = 0,97$ ), «соматизация» 1,47 ( $SE = 0,88$ ), «обсессивно-компульсивные расстройства» 1,35 ( $SE = 1,08$ ) и «тревожность» 1,26 ( $SE = 1,00$ ), а более низкие — по шкалам «межличностная сензитивность» 1,21 ( $SE = 0,86$ ), «враждебность» 1,13 ( $SE = 0,93$ ), «паранойяльные симптомы» 1,12 ( $SE = 0,94$ ) и «фобическая тревожность» 0,68 ( $SE = 0,78$ ). Общий индекс тяжести симптомов составил для пациентов из этой группы 1,18 ( $SE = 0,92$ ).

В группе ПИОН, поступивших на реабилитационное лечение ( $n = 50$ ), наихудшими показателями были «межличностная сензитивность» — 1,31 ( $SE = 0,75$ ), «обсессивно-компульсивные расстройства» — 1,26 ( $SE = 0,88$ ), «враждебность» — 1,17 ( $SE = 0,43$ ) и «тревожность» — 1,09 ( $SE = 0,84$ ), а «соматизация» — 1,05 ( $SE = 0,58$ ), «депрессия» — 0,96 ( $SE = 0,87$ ),

«паранойяльные симптомы» — 0,87 (SE = 0,81) и «фобическая тревожность» — 0,59 (SE = 0,68) выражены в меньшей степени. Общий индекс тяжести симптомов для этих пациентов был равен 0,94 (SE = 0,60).

Исследование в группе ПИОН (n = 32), находившихся на реабилитации 90 дней, выявило, что наиболее высокими показателями SCL-90-R были «межличностная сензитивность» 1,08 (SE = 0,69), «обсессивно-компульсивные расстройства» 1,08 (SE = 0,82), «враждебность» 0,99 (SE = 0,93), «тревожность» 0,96 (SE = 0,86), «соматизация» 0,96 (SE = 0,90) и «депрессия» 0,95 (SE = 0,89), а «паранойяльные симптомы» 0,56 (SE = 0,56) и «фобическая тревожность» 0,48 (SE = 0,62) выражены в меньшей степени. Общий индекс тяжести симптомов в этой группе был равен 0,85 (SE = 0,57).

Среди тех пациентов, которые преждевременно закончили реабилитационное лечение (n = 18), наиболее высокие показатели наблюдались по шкалам «межличностная сензитивность» — 1,20 (SE = 0,54), «враждебность» — 1,15 (SE = 0,68), «соматизация» — 1,04 (SE = 0,42), «обсессивно-компульсивные расстройства» — 0,98 (SE = 0,68) и «тревожность» — 0,96 (SE = 0,62), а «депрессия» — 0,73 (SE = 0,53), «паранойяльные симптомы» — 0,83 (SE = 0,86) и «фобическая тревожность» — 0,46 (SE = 0,63) выражены в меньшей степени. Общий индекс тяжести симптомов для этих пациентов был равен 0,82 (SE = 0,42).

Пациенты, которые удержались на реабилитационном лечении в течение трех месяцев (n = 32), на момент начала лечения, имели худшие показатели по шкалам «обсессивно-компульсивные расстройства» — 1,41 (SE = 0,94) «межличностная сензитивность» — 1,37 (SE = 0,84), «враждебность» — 1,18 (SE = 0,99) и «тревожность» — 1,16 (SE = 0,94), а «депрессия» — 1,10 (SE = 1,00), «соматизация» — 1,05 (SE = 0,66), «паранойяльные симптомы» — 0,90 (SE = 0,80), «фобическая тревожность» — 0,66 (SE = 0,71) и «психотизм» — 0,24 (SE = 0,52) выражены в меньшей степени. Общий индекс тяжести симптомов для этих пациентов был равен 1,01 (SE = 0,68).

Статистический анализ с использованием теста Уилкоксона выявил, что в процессе реабилитации достигается достоверное ( $p < 0,05$ ) улучшение показателей по всем шкалам опросника SCL-90-R.

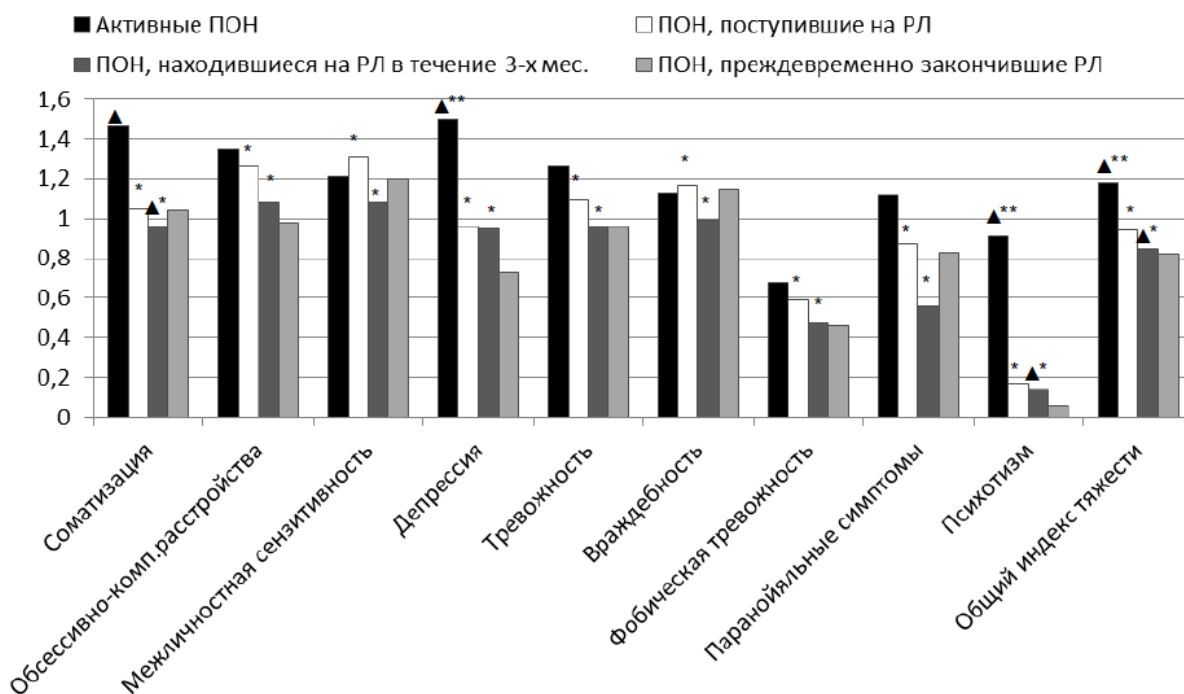
У пациентов, находившихся на реабилитационном лечении в течение 90 дней, значения по шкалам «депрессия», «психотизм», «соматизация» и «общий индекс тяжести симптомов» были достоверно ниже, чем у активных потребителей опиатных наркотиков.

Сравнение группы активных ПИОН и группы начавших реабилитационное лечение при помощи критерия Манна–Уитни выявило достоверные ( $p < 0,01$ ) различия между пациентами: у поступивших на реабилитацию регистрировались меньшие значения по шкалам «психотизм», «депрессия» и «общий индекс тяжести симптомов», по сравнению с активными ПИОН.

Достоверных различий по шкалам SCL-90-R между группами

оставшихся на реабилитационном лечении в течение 90 дней и выпавших с реабилитационного лечения не обнаружено.

Рис. 2. Средние значения показателей опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R



\* – различия между ПИОН, поступившими на РЛ и ПИОН, находившимися на РЛ в течение 90 дней  $p < 0,05$  (тест Уилкоксона)

\*\* – различия между активными ПИОН и ПИОН, поступившими на РЛ  $p < 0,05$  (тест Манна–Уитни)

▲ – различия между активными ПИОН и ПИОН, находившимися на РЛ в течение 90 дней  $p < 0,05$  (тест Манна–Уитни)

**Результаты исследования при помощи Шкалы SF-36** (рисунок 3; таблица 6, приложение 6). В группе активных потребителей опиатных наркотиков ( $n = 30$ ) применение опросника SF-36 выявило, что наиболее низкие показатели отмечались по шкалам «интенсивность боли» — 23,27 ( $SD = 21,06$ ), «общее состояние здоровья» — 47,01 ( $SD = 10,40$ ), «социальное функционирование» — 50,05 ( $SD = 15,10$ ) и «жизненная активность» — 52,52 ( $SD = 24,47$ ), а более высокие — по шкалам «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» — 56,37 ( $SD = 36,83$ ), «психическое здоровье» — 57,17 ( $SD = 16,28$ ), «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» — 65,47 ( $SD = 40,25$ ) и «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» — 80,98 ( $SD = 20,34$ ).

В группе ПИОН, поступивших на реабилитационное лечение ( $n = 50$ ), наиболее проблемные показатели: «интенсивность боли» — 23,20 ( $SD = 25,59$ ), «общее состояние здоровья» — 47,20 ( $SD = 11,48$ ), «социальное

функционирование» — 53,98 (SD = 16,82) и «жизненная активность» — 54,50 (SD = 21,99), а проблемы по шкалам «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» — 56,50 (SD = 38,40), «психическое здоровье» — 59,88 (SD = 19,07), «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» — 61,04 (SD = 39,03) и «физическое функционирование» — 81,10 (SD = 24,68) были менее выраженными.

Исследование в группе ПИОН, находившихся на реабилитации 90 дней (n = 32), выявило, что наиболее низкими показателями SF-36 были «интенсивность боли» — 24,08 (SD = 23,85), «общее состояние здоровья» — 50,62 (SD = 11,27), «жизненная активность» — 55,78 (SD = 21,89) и «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» — 57,01 (SD = 38,09). Оценки по шкалам «социальное функционирование» — 57,58 (SD = 16,34), «психическое здоровье» — 59,90 (SD = 18,10), «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» — 68,87 (SD = 31,97) и «физическое функционирование» — 81,92 (SD = 25,61) были более высокими.

Среди тех пациентов, которые преждевременно закончили реабилитационное лечение (n = 18), наиболее низкие показатели отмечались по шкалам «интенсивность боли» — 21,11 (SD = 27,20), «общее состояние здоровья» — 48,06 (SD = 12,96), «социальное функционирование» — 53,11 (SD = 15,42) и «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» — 54,17 (SD = 37,62), а проблемы по шкалам «жизненная активность» — 59,44 (SD = 17,56), «психическое здоровье» — 63,28 (SD = 17,09), «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» — 76,72 (SD = 33,82) и «физическое функционирование» — 84,17 (SD = 21,36) были менее выражены.

Пациенты, которые удержались на реабилитационном лечении в течение трех месяцев (n = 32), на момент начала лечения имели худшие показатели по шкалам «интенсивность боли» — 24,37 (SD = 25,01), «общее состояние здоровья» — 46,72 (SD = 10,74), «жизненная активность» — 51,72 (SD = 23,94) и «социальное функционирование» — 54,47 (SD = 17,78), а показатели по шкалам «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» — 57,81 (SD = 39,36), «психическое здоровье» — 57,97 (SD = 20,10), «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» — 75,22 (SD = 39,46) и «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» — 79,37 (SD = 26,68) были более высокими.

Статистический анализ с использованием теста Уилкоксона выявил, что в процессе реабилитации достигается достоверное ( $p < 0,05$ ) улучшение показателей по шкалам «общее состояние здоровья», «жизненная активность», «физическое функционирование», «социальное функционирование» и «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием».

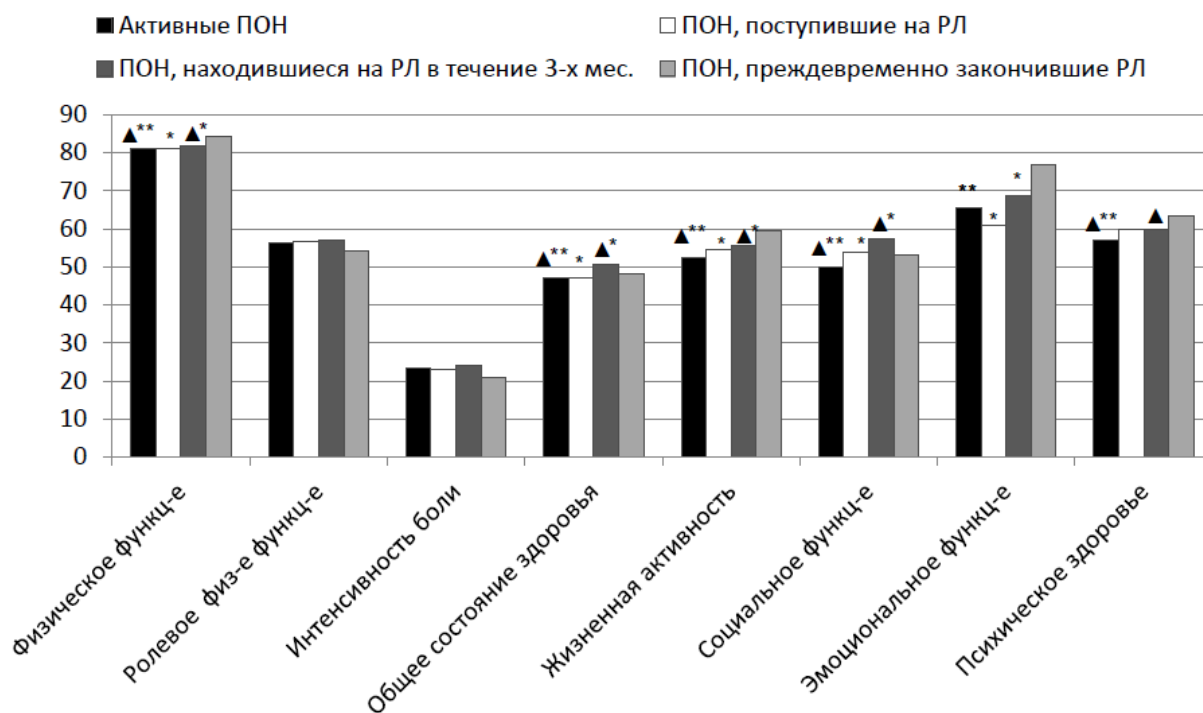
При сравнении группы активных ПИОН и пациентов, находившихся на

реабилитационном лечении в течение 90 дней, при помощи теста Манна–Уитни выявлены достоверные ( $p < 0,05$ ) различия: у пациентов, получавших реабилитационное лечение, более высокие показатели по шкалам «общее состояние здоровья», «жизненная активность», «физическое функционирование», «социальное функционирование» и «психическое здоровье».

Сравнение группы активных ПИОН и группы начавших реабилитационное лечение при помощи критерия Манна–Уитни выявило достоверные ( $p < 0,05$ ) различия между пациентами: пациенты, поступившие на реабилитацию, имеют более высокие значения по шкалам «общее состояние здоровья», «жизненная активность», «социальное функционирование», «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», «психическое здоровье» по сравнению с активными ПИОН.

Достоверных различий по шкалам SF-36 между группами, оставшихся на реабилитационном лечении дней и выпавших с реабилитационного лечения не обнаружено.

Рис. 3. Средние значения показателей Шкалы качества жизни SF-36



\* – различия между ПИОН, поступившими на РЛ и ПИОН, находившимися на РЛ в течение 90 дней  $p < 0,05$  (тест Уилкоксона)

\*\* – различия между активными ПИОН и ПИОН, поступившими на РЛ  $p < 0,05$  (тест Манна–Уитни)

▲ – различия между активными ПИОН и ПИОН, находившимися на РЛ в течение 90 дней  $p < 0,05$  (тест Манна–Уитни)

**Результаты исследования при помощи Шкалы семейного окружения» (ШСО).** (таблица 7, приложение 6). В группе активных потребителей опиатных наркотиков ( $n = 30$ ) исследование семейных отношений при помощи опросника ШСО выявило, что наиболее низкие показатели наблюдались по шкалам «морально-нравственные аспекты» — 3,47 ( $SD = 1,28$ ), «ориентация на достижения» — 3,47 ( $SD = 1,55$ ), «ориентация на активный отдых» — 3,57 ( $SD = 1,63$ ) «конфликт» — 3,67 ( $SD = 1,35$ ) и «организация» — 3,67 ( $SD = 1,84$ ), а более высокие — по шкалам «контроль» — 3,93 ( $SD = 1,38$ ), «независимость» — 4,03 ( $SD = 1,19$ ), «интеллектуально-культурная ориентация» — 4,23 ( $SD = 1,04$ ), «экспрессивность» — 4,47 ( $SD = 1,52$ ) и «сплоченность» — 4,87 ( $SD = 1,27$ ).

Среди пациентов, поступивших на реабилитационное лечение ( $n = 50$ ), были получены следующие результаты: наиболее проблемными оказались шкалы «морально-нравственные аспекты» — 3,44 ( $SD = 1,26$ ), «организация» — 3,58 ( $SD = 1,87$ ), «ориентация на достижения» — 3,60 ( $SD = 1,44$ ), «контроль» — 3,68 ( $SD = 1,25$ ), «конфликт» — 3,74 ( $SD = 1,26$ ), а по шкалам «ориентация на активный отдых» — 3,76 ( $SD = 1,63$ ), «независимость» — 3,98 ( $SD = 1,13$ ), «интеллектуально-культурная ориентация» — 4,08 ( $SD = 1,12$ ), «экспрессивность» — 4,48 ( $SD = 1,47$ ) и «сплоченность» — 4,98 ( $SD = 1,20$ ) наблюдалось меньше проблем.

После 90 дней реабилитационного лечения те же пациенты показали следующие результаты: наиболее низкие оценки были получены по шкалам «организация» — 3,68 ( $SD = 1,82$ ), «морально-нравственные аспекты» — 3,71 ( $SD = 1,11$ ), «ориентация на достижения» — 3,71 ( $SD = 1,46$ ), «ориентация на активный отдых» — 3,93 ( $SD = 1,60$ ), «независимость» — 3,93 ( $SD = 1,10$ ), а более высокие — по шкалам «интеллектуально-культурная ориентация» — 3,96 ( $SD = 1,06$ ), «контроль» — 4,00 ( $SD = 1,11$ ), «конфликт» — 4,03 ( $SD = 1,09$ ), «экспрессивность» — 4,65 ( $SD = 1,43$ ) и «сплоченность» — 5,03 ( $SD = 1,14$ ).

В группе преждевременно выбывших из реабилитационного лечения ( $n = 18$ ) преждевременно, результаты обследования по шкале ШСО (на момент начала лечения) показали, что наиболее низкие оценки этими пациентами были получены по шкалам «морально-нравственные аспекты» — 2,94 ( $SD = 1,21$ ), «организация» — 3,61 ( $SD = 1,75$ ), «контроль» — 3,00 ( $SD = 1,23$ ), «конфликт» — 3,44 ( $SD = 1,19$ ), «ориентация на достижения» — 3,56 ( $SD = 1,29$ ), а более высокие — по шкалам «ориентация на активный отдых» — 3,67 ( $SD = 1,53$ ), «независимость» — 4,06 ( $SD = 1,05$ ), «экспрессивность» — 4,22 ( $SD = 1,30$ ), «интеллектуально-культурная ориентация» — 4,28 ( $SD = 1,22$ ) и «сплоченность» — 5,06 ( $SD = 1,25$ ).

Пациенты, которые удержались на реабилитационном лечении в течение трех месяцев ( $n = 32$ ), на момент начала лечения имели худшие показатели по шкалам «организация» — 3,56 ( $SD = 1,96$ ), «ориентация на достижения» — 3,63 ( $SD = 1,54$ ), «морально-нравственные аспекты» — 3,72 ( $SD = 1,22$ ), «ориентация на активный отдых» — 3,81 ( $SD = 1,71$ ),

«конфликт» — 3,91 (SD = 1,27), а по шкалам «независимость» — 3,94 (SD = 1,19), «интеллектуально-культурная ориентация» — 3,97 (SD = 1,06), «контроль» — 4,06 (SD = 1,10), «экспрессивность» — 4,62 (SD = 1,56) и «сплоченность» — 4,94 (SD = 1,19) оценки были несколько выше.

В группе преждевременно выбывших из реабилитационного лечения (n=18) показатель по шкале «Контроль» (степень иерархичности семейной организации и контроля членами семьи друг друга) опросника ШСО равнялся 3,00 (SD = 1,23) и был достоверно ниже, чем у пациентов находившихся на реабилитационном лечении в течение 90 дней — 4,00 (SD = 1,11), критерий Хи-квадрат:  $\chi^2 = 18,89$ ;  $p < 0,05$ . Иных достоверных различий между исследованными группами по шкалам «сплоченность», «экспрессивность», «конфликт», «независимость», «ориентация на достижения», «интеллектуально-культурная ориентация», «ориентация на активный отдых», «морально-нравственные аспекты», «организация» обнаружено не было.

**Факторы, ассоциированные с ВИЧ-позитивным статусом обследованных потребителей инъекционных опиатных наркотиков.** По результатам статистического анализа с использованием критерия Хи-квадрат была обнаружена достоверная связь ВИЧ-позитивного статуса с наличием ВИЧ у половых партнеров обследованных ( $\chi^2 = 13,333$ ;  $p < 0,001$ ) и с употреблением ПАВ половым партнером ( $\chi^2 = 30,484$ ;  $p < 0,001$ ). Также применение критерия Манна–Уитни позволило установить значимую связь между наличием у пациента ВИЧ-инфекции и высокими значениями комплексного показателя по шкале «употребление алкоголя» ASI ( $U = 557,50$ ;  $p < 0,05$ ), а также оценками по шкале «сплоченность» FES ( $U = 514,5$ ;  $p < 0,05$ ).

### **Обсуждение результатов исследования**

В ходе данной работы впервые была осуществлена попытка оценить эффективность проведения реабилитационных мероприятий, применяя доказательные методы контроля ремиссии и современные многофакторные квантифицированные инструменты оценки клинического и психосоциального состояния пациентов.

Как и в других исследованиях, проведенных в России и странах СНГ [30], нами было установлено, что средний возраст ПИОН составляет около 30 лет, и примерно 60% из них — мужчины. Большинство наркозависимых имеют среднее или среднее специальное образование; значительное количество их живет с родителями, реже с мужем или женой, процент живущих отдельно от семьи сравнительно низок.

Средний возраст начала потребления ПАВ у обследованных пациентов 19,1 года, а средний стаж потребления — 10,8 года. Средняя суточная доза героина до начала лечения у пациентов, поступивших на реабилитацию, составила 0,73 грамма, а в группе активных потребителей она была значимо

выше — 0,96 грамма. Одним из вариантов объяснения этого феномена может быть то, что некоторые пациенты намеренно снижали дозу перед поступлением на лечение с целью уменьшения остроты абстиненции. Также можно предположить, что значимо более низкая доза ПАВ перед поступлением на детоксикационное лечение является предиктором вступления в восстановительные программы.

подавляющее большинство обследованных ранее проходили лечение в наркологических учреждениях (среди активных потребителей его не получал лишь один пациент, среди поступивших на реабилитацию — два пациента) и затем возвращались к употреблению, что согласуется с данными других исследователей [13]. В ходе работы показано, что большая часть получала только детоксикационное лечение, а некоторые обследованные после детоксикации проходили реабилитационное лечение, но не удерживались в ремиссии: в среднем каждый обследованный лечился от наркотической зависимости 3,32 раза, лечение ограничивалось детоксикацией 2,82 раза, а реабилитационное лечение было получено 0,54 раза. Эти данные свидетельствуют о том, что лечебные и реабилитационные мероприятия недостаточно эффективны, больные многократно возвращаются на лечение.

Среди обследованных (со слов пациентов) было около 40% ВИЧ-инфицированных. Среди ВИЧ-позитивных пациентов только 29,1% получали антиретровирусную терапию.

Анализ собранных данных показал, что во всех группах ВИЧ-инфицированные в достоверно большем проценте случаев имеют ВИЧ-позитивного партнера и партнера, потребляющего наркотики, что может быть связано с наличием общих факторов риска заражения ВИЧ, передачей ВИЧ между партнерами половым путем или через инфицированные инструменты для инъекций. Возможно, комплекс негативных биопсихосоциальных влияний, связанных с ВИЧ-положительным статусом, способствует установлению контактов только в рамках своего сообщества «равный среди равных».

ВИЧ-инфицированные ПИОН более склонны к употреблению алкоголя, что может быть обусловлено повышенной стигматизацией, самостигматизацией, психическими проблемами среди этих пациентов. Однако они же имеют более высокий уровень поддержки в семье, что потенциально может повлиять на их большую приверженность к антиретровирусной терапии и лечению наркологических проблем.

Гепатит В (со слов пациентов) был у 30,0%, гепатит С — у 60,0% обследованных ПИОН. Инфицированные вирусами гепатитов В и С лечились в прошлом от опиатной зависимости достоверно большее число раз.

В ходе реабилитационного процесса отмечен ряд положительных изменений.

Согласно данным, полученным с использованием шкалы «Индекс тяжести зависимости» (ИТЗ), у пациентов, поступающих на реабилитацию, отмечались значимо более низкие показатели по шкалам «медицинский



статус», «употребление алкоголя», «психиатрический статус», по сравнению с активными потребителями опиатных наркотиков. Данный факт говорит об эффективности прохождения детоксикации. Предреабилитационное лечение позволяет снизить уровень проблем, связанных с употреблением алкоголя, уменьшить тревожность, напряженность и выраженность депрессивных расстройств, а также улучшить показатели общесоматического здоровья. Кроме того, представители данной группы имеют более низкий доход или являются безработными, что отражается в повышенных баллах по шкале «работа / средства к существованию». У пациентов, поступающих на реабилитацию, отмечались более высокие оценки по шкале «употребление наркотиков», что свидетельствует о выраженной фиксации на этой проблеме и возможной актуализации влечения к ПАВ после детоксикации.

По данным ИТЗ, в процессе реабилитационного лечения у опиатзависимых пациентов отмечен ряд положительных изменений: уменьшилась тяжесть проблем, связанных с состоянием соматического здоровья («медицинский статус»), потреблением ПАВ («употребление алкоголя и наркотиков»), законом («юридические аспекты»), снизилась озабоченность семейными проблемами («семья и социальные связи»). Комплексный показатель по шкале «работа / средства к существованию» (число оплаченных рабочих дней за последний месяц и сумма дохода за этот период), напротив, увеличился, что обусловлено отсутствием возможности работать у пациентов реабилитационных центров.

В связи с необходимостью более широкого охвата феноменологических проявлений у наркозависимых, участвующих в реабилитационных программах, нами были использованы дополнительные, более специализированные инструменты.

Так, опросник оценки актуального психопатологического симптоматического статуса SCL-90-R убедительно продемонстрировал, что активное потребление опиоидов сопровождается более высокими показателями по шкалам «психотизм» и «депрессия» по сравнению с пациентами, поступившими на реабилитацию — состояния одиночества, вины, безразличия, подавленного настроения, астении могут препятствовать осознанию необходимости прохождения реабилитационного лечения. В процессе реабилитации отмечено значимое снижение выраженности психопатологических проблем по всем шкалам, что указывает на улучшение восприятия пациентами состояния собственного здоровья, снижении уровня психологического дистресса и эффективной коррекции состояния.

По данным опросника SF-36, у пациентов, поступающих на реабилитацию, отмечаются более высокие показатели таких шкал, как «физическое функционирование», «общее состояние здоровья», «жизненная активность», «социальное функционирование», «психическое здоровье». Худшие оценки по этим шкалам у активных потребителей свидетельствуют о трудностях в социальных контактах, плохом состоянии здоровья и астении, которые также могут мешать поступлению на реабилитацию.

Улучшение в процессе реабилитационного лечения по шкалам «физическое функционирование», «общее состояние здоровья», «жизненная активность», «социальное функционирование», «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» показывает, что пациенты стали оценивать состояние своего здоровья как лучшее по сравнению с началом лечения, ощущают себя более энергичными, способными лучше справиться с физическими и эмоциональными нагрузками, вести более активную социальную жизнь.

Известно, что реабилитационное лечение не гарантирует воздержания от наркотиков, а наркотическая зависимость имеет рецидивирующее течение. Рецидив, как неотъемлемая часть заболевания, представляет собой «постепенно развертывающийся процесс», а возврат к зависимости является его последним звеном [37]. Исследования предпосылок рецидива демонстрируют, что вероятность возврата к зависимости (рецидива) выше у потребителей опиатов с криминальным прошлым, малым опытом трудовой деятельности, большим стажем и интенсивностью потребления наркотиков, сопутствующими психическими заболеваниями [28, 31, 35]. Регистрация всего комплекса медицинских и психосоциальных отклонений еще до фактического приема наркотика может способствовать разработке эффективных интервенций предотвращения рецидива.

Одной из задач нашего исследования было выявление факторов риска досрочного прекращения реабилитационного лечения. Установлено, что предиктором выпадения из РЛ является низкий показатель «контроль» членами семьи друг друга (по данным «Шкалы семейных отношений»). Наличие данного фактора риска показывает важность семейного участия и контроля в процессе удержания пациентов на реабилитационном лечении.

Российские потребители наркотиков, по сравнению с наркозависимыми в других странах, чаще живут в семьях с родителями: так, из обследуемых нами пациентов, поступивших на реабилитацию, отдельно проживали только 22%. Семья и характер взаимоотношений в семье играют важнейшую роль как в приобщении к наркотикам, так и в характере злоупотребления ПАВ. Употребление ПАВ родителями, дезорганизация семьи, эмоциональное, физическое или сексуальное насилие, негативные коммуникации между родителями и детьми способствуют формированию зависимости от ПАВ, воздействуют на течение заболевания.

Семейному фактору принадлежит и важная роль в мотивации к отказу от ПАВ. Способность членов семьи давать адекватную оценку состоянию здоровья больного родственника, готовность принимать участие в судьбе зависимых от ПАВ и оказывать им поддержку — все это часто позволяет больным обрести уверенность в своих силах и выработать установку на отказ от ПАВ.

В этой связи особое значение имеет консультирование и обучение близкого окружения больных наркологического профиля основам повышения мотивации зависимых от ПАВ к участию в восстановительных и

реабилитационных программах.

### **Заключение**

– Эффективность существующей в настоящее время системы медико-социальной реабилитации находится на низком уровне.

– С одной стороны, это связано с несоблюдением основных принципов терапии наркологических больных, с особенностями течения заболевания и отсутствием эффективных методов лечебно-реабилитационных технологий, а с другой — с несовершенством системы мониторинга реабилитационного процесса.

– Для мониторинга состояния участников реабилитационных программ необходимо использовать современные многофакторные валидные квантифицированные инструменты, которые интегрально оценивают весь спектр медико-социальных последствий, связанных с потреблением ПАВ.

– При использовании биологических методов контроля трезвости реабилитантов с целью получения достоверных данных необходимо проводить тестирование на наркотики с частотой, которая связана с видом анализа и его чувствительностью.

– Биопсихосоциальная оценка состояния пациентов должна проводиться до вступления их в программу, несколько раз в процессе прохождения этапов реабилитационного лечения и после него.

– «Индекс тяжести зависимости» является удобным и информативным инструментом многофакторной количественной оценки клинических, психосоциальных и аддиктивных характеристик, связанных с зависимостью, у пациентов, находящихся на реабилитационном лечении.

– «Индекс тяжести зависимости» в совокупности с методиками оценки качества жизни, психопатологического состояния и семейного функционирования позволяет эффективно оценивать изменения в состоянии пациентов реабилитационных программ в динамике.

– Активное потребление ПАВ сопровождается низкой удовлетворенностью качеством жизни и большим количеством психических и соматических проблем.

– Реабилитация в совокупности с отказом от ПАВ приводит к улучшению показателей здоровья, социального функционирования и качества жизни наркозависимых пациентов.

– Позитивный и постоянный контроль реабилитантов наркологического профиля со стороны ближайшего окружения достоверно способствует удержанию их в восстановительных программах.

– Ранняя диагностика, лечение сопутствующих соматических и психических расстройств у потребителей наркотиков, проходящих реабилитационное лечение, а также семейное консультирование могут повысить эффективность реабилитационных программ.

## Список литературы

1. Батищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика / В.В. Батищев, Н.В. Негериш. — М.: Рос. благотворительный фонд НАН, 2001. — 184 с.
2. Групповая и семейная психотерапия при алкоголизме: Методические рекомендации / Б.М. Гузиков, В.М. Зобнев, А.А. Мейроян, Т.Г. Рыбакова. — Л.: ЛНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1981. — 30 с.
3. Гузиков Б.М. Алкоголизм у женщин / Б.М. Гузиков, А.А. Мейроян. — Л.: Медицина, 1988. — 223 с.
4. Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Рыбакова Т.Г. Семейная психотерапия в реабилитации больных алкоголизмом // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л.: ЛНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1978. — С. 54–58.
5. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных (реабилитология и реабилитационные концепции) // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2007. — Т. 9, № 1. — С. 26–31.
6. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии: Методические рекомендации / Т.Н. Дудко, В.А. Пузиенко, Л.А. Котельникова. — М.: ФГУ ННЦ наркологии, 2001. — 38 с.
7. Зобин М.Л. Многофакторная оценка результатов лечения опиоидной зависимости. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.45. — СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. — 24 с.
8. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике (новая медицинская технология). — СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. — 56 с.
9. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью / А.О. Недошивин, А.Э. Кутузова, Н.Н. Петрова и др. // Сердечная недостаточность. — 2000. — Т. 1, № 4. — С. 1–7.
10. Кабанов М.М. Реабилитация психических больных / М.М. Кабанов. — Л.: Медицина, 1978. — 232 с.
11. Клинические и организационные основы реабилитации психических больных / Под ред. М.М. Кабанова, К. Вайзе. — М.: Медицина, 1980. — 395 с.
12. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Особенности распространенности наркологических расстройств в Российской Федерации в 2005 г. // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2007. — Т. 9, № 1. — С. 19–22.
13. Олейник С. Наркологическая служба России глазами пациентов. Отчет об исследовании. — М.— Пенза [Б.и.], 2007. — 48 с.
14. Основные технологии лечебно-реабилитационной помощи больным

наркоманией: Методические рекомендации / Т.Н. Дудко, Ю.Л. Арзуманов, П.П. Огурцов и др. — М.: ФГУ НИЦ наркологии, 2009. — 45 с.

15. Оценка эффективности интеграционной системы реабилитации больных наркоманией: Методические рекомендации / Т.Н. Дудко, Е.А. Кошкина, Е.В. Борисова, Е.А. Казутина, Л.А. Котельникова. — М.: ФГУ НИЦ наркологии, 2009. — 30 с.

16. Принципы построения современных психотерапевтических программ в наркологии / М.М. Кабанов, Б.М. Гузиков, О.Ф. Ерышев и др. // Новые подходы к лечению алкоголизма, наркоманий и токсикоманий. — Гагры, 1989. — С. 126–127.

17. Руководство по реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами / Под ред. Ю.В. Валентика. — М.: Генжер, 2003. — 397 с.

18. Синдром ангедонии у детоксцированных больных опийной наркоманией: оценка и лечение / Е.М. Крупицкий., А.А. Бураков, Т.Н. Романова и др. // Реабилитация наркозависимых: новые реабилитационные технологии и медицинские аспекты. — СПб., 1999. — С. 18.

19. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. — СПб.: Питер, 2001. — 268 с.

20. An improved diagnostic instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index / A.T. McLellan, L. Luborsky, C.P. O'Brein et al. // J. Nerv. Mental Dis. — 1980. — Vol. 168, № 1. — P. 26–33.

21. An inventory for measuring depression / A.T. Beck, C.H. Ward, M. Mendelson et al. // Arch. Gen. Psychiatry. — 1961. — № 4. — P. 561–571.

22. Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities / N. Bobrova, T. Rhodes, R. Power et al. // Drug Alcohol Depend. — 2006. — Vol. 82, Suppl. 1. — P. 57–63.

23. Booth R.E., Walters J.K., Chitwood D.D. HIV risk-related sex behaviors among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack // Am. J. Publ. Health. — 1993. — Vol. 83, № 8. — P. 1144–1148.

24. DeRogatis L.R. SCL-90-R administration, scoring and procedures manual // Baltimore, 1977. — P. 4–8.

25. Developing a national addiction treatment information system. An introduction to the Drug Evaluation Network System / D. Carise, A.T. McLellan, L.S. Gifford et al. // J. Subst. Abuse Treat. — 1999. — Vol. 17, № 1–2. — P. 67–77.

26. Developing CASPAR: A computer-assisted system for patient assessment and referral // O. Gurel, D. Carise, C. Kendig et al. // J. Subst. Abuse Treat. — 2005. — Vol. 28, № 3. — P. 281–289.

27. Getting patients the services they need using a computer-assisted system for patient assessment and referral — CASPAR / D. Carise, O. Gurel, A.T. McLellan et al. // Drug Alcohol Depend. — 2005. — Vol. 80, № 2. — P. 177–189.

28. McLellan A.T. Predicting response to alcohol and drug abuse treatment: Role of psychiatric severity / A.T. McLellan, L. Luborsky, G.E. Woody et al. //

Arch. Gen. Psychiatry. — 1983. — Vol. 40. — P. 620–625.

29. Moos R.H., Moos B.S. Family Environment Scale (FES). — Palo Alto (CA), 1974. — P. 31–75.

30. Prevalence and circumstances of opiate overdose among injection drug users in the Russian Federation / B. Sergeev, A. Karpets, A. Sarang et al. // J. Urban Health. — 2003. — Vol. 80, № 2. — P. 212–219.

31. Ross H.E., Glaser F.B., Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems // Arch. Gen. Psychiatry, 1988. — Vol. 45, № 11. — P. 1023–1031.

32. Spielberger C.D. The measurement of state and trait anxiety: Conceptual and methodological issues // Emotions: Their parameters and measurement / Ed. L. Levi. — N.Y., 1975. — P. 713–725.

33. The fifth edition of the Addiction Severity Index / A.T. McLellan, H. Kushner, D. Metzger et al. // J. Subst. Abuse Treat. — 1992. — Vol. 9, № 3. — P. 199–213.

34. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview: Reliability and validity according to the CIDI / Y. Lecrubier, D. Sheehan, E. Weiller et al. // Eur. Psychiatry. — 1997. — Vol. 12, № 5. — P. 224–231.

35. Vaillant G.E. What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction? / G.E. Vaillant // Br. J. Addict. — 1988. — Vol. 83. — P. 1147–1157.

36. Ware J.E. Interpreting SF-36 summary health measures: a response / J.E. Ware, M. Kosinski // Qual. Life Res. — 2001. — Vol. 10, № 5. — P. 405–413.

37. Weiner H.D. Culture and social class as intervening variables in relapse prevention with chemically dependent women / H.D. Weiner, M.C. Wallen, G.L. Zankowski // J. Psychoactive Drugs. — 1990. — Vol. 22. — P. 239–248.

## Содержание

Введение .....	стр. 4
Материально-техническое обеспечение .....	стр. 5
Общие принципы реабилитации наркологических больных .....	стр. 5
Подходы к оценке эффективности лечебно-реабилитационного процесса в наркологии .....	стр. 9
Программа мониторинга лечебно-реабилитационного процесса в наркологии .....	стр. 11
Эффективность применения инструментов мониторинга при реабилитации потребителей ПАВ .....	стр. 21
Заключение .....	стр. 43
Список литературы.....	стр. 44
Содержание.....	стр. 47
Приложение.1 .....	стр. 48
Приложение.2.....	стр. 56