

ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ ШКАЛЫ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ НАРКОЛОГИИ

Ненастьева А.Ю.^{1, 2}

nenasteva.a@serbsky.ru

Об авторе:

Ненастьева Анна Юрьевна – канд. мед. наук, заведующая отделением клинических исследований наркоманий Национального научного центра наркологии, филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России; доцент кафедры психиатрии и наркологии лечебного факультета ФGAOU BO «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России.

¹ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Национальный научный центр наркологии 119002, г. Москва, М. Могильцевский пер., д. 3

² Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Статья поступила 15.05.2018

Использование стандартизированных методов в наркологической практике позволяет специалистам решать важные практические задачи: количественно оценить тяжесть патологических проявлений и выбрать лечебную тактику в зависимости от структуры и выраженности имеющихся

расстройств. Также, применяя валидные оценочные шкалы и тесты, можно находить статистически достоверные взаимосвязи между измеряемыми величинами, обеспечить получение воспроизводимых результатов исследований и научно обоснованных практических рекомендаций.

Ключевые слова: *диагностические шкалы; оценочные шкалы тяжести патологического влечения; оценочные шкалы тяжести абстинентных расстройств; оценочные шкалы тяжести сопутствующей психической патологии; оценочные шкалы мотивированности на лечение; оценочные шкалы, применяющиеся в наркологии.*

ВВЕДЕНИЕ

При оценке состояния пациента, квалификации его психического статуса, основным является клинико-психопатологический метод. Однако клиническая оценка состояния больного во многом зависит от профессионализма и компетенции врача, тем самым остается в определенном смысле субъективной и может различаться у двух специалистов. Зачастую и диагностические заключения могут не нести в себе значимой информации об особенностях актуального состояния больного, его тяжести и прогнозе.

Для преодоления субъективизма и описательности клинико-психопатологического метода необходимо:

1) четкое, однозначное определение единицы наблюдения (детализация основных характеристик, выделение обязательных и факультативных признаков единицы наблюдения);

2) количественная градация по степени выраженности единиц наблюдения с введением «диагностического порога».

Потребность в создании объективизированной системы оценки стала особенно актуальной в связи с накоплением клинических данных и результатов их анализа и с расширением международных контактов, стимулирующих развитие системы стандартизации диагноза.

Для объективизации статуса больных были разработаны дополнительные методы – тесты, опросники, шкалы, стандартизированные и независимые от субъективной оценки. Часть шкал, применяемых в наркологии, были заимствованы из психиатрии. Другие были специально созданы для наркологических больных с учетом особенностей клиники и динамики болезней зависимости.

С помощью валидных оценочных шкал и тестов можно количественно оценить тяжесть патологических проявлений и выбрать лечебную тактику в зависимости от структуры и выраженности имеющихся расстройств. Применение этих инструментов позволяет находить статистически достоверные взаимосвязи между измеряемыми величинами, обеспечивает получение воспроизводимых результатов исследований и научно обоснованных практических рекомендаций.

Выделяют диагностические и оценочные (рейтинговые) инструменты, шкалы, заполняемые врачом, средним медицинским персоналом или лицами из ближайшего окружения пациента и опросники для самооценки.

Важнейшими характеристиками всех применяемых инструментов должны быть: информативность, высокая чувствительность, специфичность, сопоставимость, надежность и воспроизводимость.

В настоящее время использование стандартизированных методов в наркологической практике позволяет специалистам решать следующие задачи:

1) скрининг с целью выявления лиц с риском развития наркологической патологии или уже имеющих наркологическое заболевание;

2) квалификация текущего состояния пациента в терминах категориальных единиц; исследование динамики психопатологических или иных нарушений на фоне проводимого лечения;

3) выбор и планирование лечения; определение прогностически значимых показателей; сбор статистической информации.

Все используемые на практике тесты, опросники, шкалы и другие инструменты можно условно разделить на универсальные и специализированные. Универсальные инструменты служат для решения вопросов диагностики. Для получения данных в таких инструментах используются принципы структурированного или полуструктурированного интервью, которые позволяют стандартизировать полученную информацию, исключить субъективность восприятия и неполноценность собранных данных. Специализированные тесты, опросники, шкалы предназначены для углубленного изучения отдельных синдромов заболевания [12; 13].

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ШКАЛЫ

В психиатрии и наркологии применяется целый ряд универсальных психометрических шкал, представляющих собой полное стандартизированное интервью, для выявления психических расстройств и диагностики согласно критериям МКБ-10 или DSM-IV. К таким инструментам относятся: комбинированное международное диагностическое интервью, краткий международный нейропсихиатрический опросник, психиатрический диагностический скрининговый опросник.

Комбинированное международное диагностическое интервью

Комбинированное международное диагностическое интервью (англ. Composite International Diagnostic Interview, сокр. CIDI) – высокоструктурированный инструмент по диагностике и классификации психических расстройств и проблем, связанных с алкоголизмом и наркоманиями, который используется при проведении эпидемиологических исследований психических и наркологических расстройств в основной популяции. CIDI позволяет проводить первичную диагностику психических и наркологических расстройств, а также оценить их выраженность. Инструмент состоит из 288 симптоматических вопросов, однако благодаря существующему правилу пропусков не все из них задаются каждому респонденту. Кроме того, имеются вопросы для оценки первых и последних по времени возникновения симптомов (вопросы о начале и настоящем состоянии болезни) и вопросы, необходимые для определения продолжительности и частоты избранных симптомов и синдромов. Полученные результаты могут быть интерпретированы как в соответствии с DSM-IV, так и в соответствии с МКБ-10 [13].

Краткий международный нейропсихиатрический опросник

Краткий международный нейропсихиатрический опросник (англ. Mini International Neuropsychiatric Interview, сокр. MINI) – структурированное интервью для выявления наиболее часто встречающихся расстройств в со-

ответствии с критериями DSM-IV и МКБ-10. MINI включает в себя следующие модули: большой депрессивный эпизод, дистимия, суицидальность, маниакальный эпизод, гипоманиакальный эпизод, паническое расстройство, агорафобия, социальная фобия, обсессивно-компульсивное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, зависимость от алкоголя, зависимость от психоактивных веществ (ПАВ), злоупотребление ПАВ, психотические расстройства, расстройства настроения с психотическими чертами, нервная анорексия, нервная булимия, генерализованное тревожное расстройство, антисоциальное расстройство личности. Валидизация и стандартизация MINI проводилась в рамках сравнения с CIDI: результат показал достаточно высокий уровень валидности, при этом MINI требует значительно меньше времени для проведения (в среднем около 15 минут) по сравнению с CIDI.

Модули, посвященные расстройствам, связанным с употреблением алкоголя и ПАВ, состоят из вопросов по наличию или отсутствию основных симптомов заболевания, включая синдром отмены, наблюдавшихся у респондента за последние 12 месяцев. Оценка основана на подсчете количества положительных ответов и строится по следующему принципу: 2–3 симптома – легкое расстройство; 4–5 симптомов – умеренное расстройство; 6 и более симптомов – выраженное расстройство.

Синдром отмены алкоголя и синдром отмены седативных, гипнотических или анксиолитических препаратов документируется при наличии 2 и более из следующих симптомов: повышенная потливость или усиленное сердцебиение; тремор рук или общий тремор; нарушения сна; тошнота или рвота; слуховые, зрительные или тактильные галлюцинации; возбужденность; тревога; припадки. Синдром отмены опиатов устанавливается при присутствии 3 и более из следующих симптомов: чувство подавленности; тошнота или рвота; мышечные боли; выделения из носа или слезливость; расширение зрачков, потливость; диарея; зевота; приливы жара; нарушения сна. Синдром отмены стимуляторов документируется при наличии 2 и более из следующих симптомов: общая слабость; яркие или неприятные сновидения; нарушения сна или избыточный сон; повышенный аппетит; физическая или психическая заторможенность. Синдром отмены каннабиса устанавливается при присутствии 3 и более из следующих симптомов: раздражительность, гнев или агрессия; нервозность или тревога; нарушения сна; потеря аппетита или веса; возбужденность; чувство подавленности; физический дискомфорт.

Для ранней ремиссии характерно отсутствие основных симптомов заболевания на протяжении 3–12 месяцев, для стойкой ремиссии – в течение 12 месяцев и более [13].

Психиатрический диагностический скрининговый опросник

Психиатрический диагностический скрининговый опросник (англ. Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire, сокр. PDSQ) – инструмент для выявления наиболее часто встречающихся расстройств в амбулаторных условиях, включая злоупотребление/зависимость от алкоголя и злоупотребление/зависимость от ПАВ. Оценка наличия/отсутствия расстройства осуществляется на основе соответствующих критериев классификации DSM-IV.

Используемые в наркологии специальные диагностические инструменты позволяют осуществить скрининг, начальную оценку потребления наркотиков/алкоголя/никотина, определить тяжесть зависимости от ПАВ и нехимических видов аддикций и спланировать лечение [13].

Индекс тяжести зависимости

Индекс тяжести зависимости (англ. Addiction Severity Index, сокр. ASI) – инструмент комплексной оценки медицинского, психологического и социального состояния зависимых для оценки их реабилитационного потенциала. ASI был предложен в 1979 г. Т. Маклелланом и Д. Каризе и предназначен для всесторонней оценки проблем, встречающихся у пациентов, страдающих наркотической и алкогольной зависимостью. Инструмент используется как в клинических условиях, так и для получения научных данных, поэтому дизайн опросника позволяет применять его в условиях стационара, в амбулатории, в реабилитационных центрах, а также среди зависимых вне лечебных учреждений.

ASI представляет собой стандартизированный полуструктурированный опросник который заполняется врачом, психологом или специально обученным интервьюером в процессе беседы с пациентом.

Европейская версия ASI состоит из 9 основных разделов. Раздел 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. Раздел 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. Раздел 3 – работа/средства к существованию: источники дохода пациента, размер дохода, характерный тип работы за последнее время, отношение пациента к проблемам с трудоустройством. Раздел 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 воздер-

жания от алкоголя. Раздел 5 – употребление наркотиков: профили употребления наркотических веществ за всю жизнь и в течение последних 30 дней, беспокойность пациента проблемами с наркотиками, обращение за лечением и госпитализации в прошлом, периоды воздержания от наркотиков. Раздел 6 – юридические аспекты: находится ли пациент под следствием на момент опроса, противозаконная деятельность в недавнем прошлом, приговоры и пребывание в заключении в течение жизни, беспокойность пациента проблемами с законом. Раздел 7 – семейный анамнез: проблемы со злоупотреблением ПАВ или психические заболевания у близких родственников. Раздел 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. Раздел 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.

Версия TREATNET содержит на 32 вопроса меньше, не использует оценок интервьюера и имеет всего 6 шкал: состояние физического здоровья, работа и материальная поддержка, употребление наркотиков и алкоголя, совершенные правонарушения, семейное и социальное положение, состояние психического здоровья.

Информация, полученная при помощи ASI, используется при поступлении пациента для составления плана лечения; для решения вопроса о необходимости привлечения сторонних специалистов, либо о переводе пациента на другое отделение или следующий этап реабилитации. Оценка основана на сообщениях о количестве, продолжительности проявлений и выраженности симптомов заболевания и строится по следующему принципу: 0–1 балл – реальное заболевание отсутствует, лечение не показано; 2–3 балла – заболевание легкой формы, возможно, лечения не потребуются; 4–5 баллов – заболевание средней тяжести, показано какое-либо лечение; 6–7 баллов – заболевание значительной тяжести, требуется лечение; 8–9 баллов – крайне тяжелое заболевание, лечение совершенно необходимо [8].

Опросник CAGE

Название опросника составлено из первых букв английских ключевых слов четырех следующих вопросов (англ. Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener): 1) Вы когда-либо чувствовали, что вам необходимо меньше (Cut down) пить? (да/нет); 2) Вас раздражают (Annoyed) люди, которые осужда-

ют ваше пристрастие к спиртному? (да/нет); 3) Вы когда-нибудь испытывали чувство вины (Guilty) по поводу вашего пристрастия к алкоголю? (да/нет); 4) У вас когда-нибудь возникало желание выпить с утра, как только вы проснулись (Eye-opener), чтобы привести в порядок нервы и взбодриться? (да/нет). Оценка ответов: 0 баллов (нет) или 1 балл (да); более высокий балл указывает на проблемы с алкоголем. Общая сумма 2 балла или больше означает клинически значимое злоупотребление алкоголем [23].

Мичиганский скрининг-тест алкоголизма

Мичиганский скрининг-тест алкоголизма (Michigan Alcoholism Screening Test – MAST) предназначен для предварительной доврачебной диагностики алкогольной зависимости. Оригинальная версия теста состоит из 24 вопросов. При совпадении ответа испытуемого с «ключом» засчитывается соответствующий балл (от 1 до 5). Сумма всех баллов по всем вопросам является показателем степени алкогольной зависимости. Критерии интерпретации: 0–4 баллов – отсутствие зависимости; 5–6 баллов – подозрение на синдром зависимости; 7 и более баллов – синдром зависимости от алкоголя [22].

Тест AUDIT

С целью раннего выявления проблем, связанных с употреблением алкоголя, ВОЗ рекомендует использовать тест AUDIT (англ. Alcohol Use Disorders Identification Test; переводится как «тест для выявления нарушений, связанных с употреблением алкоголя»). Тест AUDIT представляет собой структурированное интервью, состоящее из 10 вопросов. Инструмент достаточно прост и удобен в применении, обладает достаточно высокой чувствительностью и специфичностью. Чувствительность теста AUDIT оценивается в 92%, что позволяет выявить большинство лиц с риском пагубного потребления алкоголя или с пагубным потреблением алкоголя среди обследованных. Способность вопросника исключать фальшивые случаи ответов – его специфичность составляет 93%. Структурно тест AUDIT состоит из трех разделов: первые 3 вопроса характеризуют частоту и дозы употребленного алкоголя, вопросы с 4 по 6 выявляют наличие симптомов алкогольной зависимости, последние 4 вопроса ориентированы на выявление различного рода проблем, связанных со злоупотреблением алкоголя. Целью скрининга с помощью теста AUDIT является объективная оценка врачом уровня и модели употребления алкоголя обследуемым и предоставление последнему рекомендаций в соответствии с полученными результатами. Предпочтительно, чтобы вопросы теста задавал врач, при необходимости давая пояснения.

Интерпретация результатов: 1–7 баллов – безопасное употребление алкоголя; 8–15 баллов – чрезмерное или рискованное потребление алкоголя (установившийся тип потребления), несущий за собой высокий риск будущего ущерба здоровью; 16–19 баллов – употребление алкоголя с вредными последствиями; 20 баллов и выше – синдром зависимости от алкоголя [20].

Метод ретроспективного определения ежедневного объема потребления ПАВ

Метод ретроспективного определения ежедневного объема потребления ПАВ (англ. Timeline Followback, сокр. TLFB) – обязательный метод оценки потребления алкоголя, наркотиков, никотина. Впервые L. Sobell & M. Sobell в 1992 г. предложили определять количество употребленного индивидом алкоголя с помощью календарного метода ретроспективного определения ежедневного объема потребленного алкоголя в пересчете на 100% этанол. Метод был неоднократно валидизирован другими зарубежными исследователями и для оценки потребления других ПАВ [28; 33]. При использовании метода TLFB больному предлагается календарь, относящийся к изучаемому периоду времени, в котором помечаются те даты общественной и личной жизни больного (государственные и религиозные праздники, памятные события, невзгоды, утраты, обретения и т.п.), которые неминуемо связаны с приемом алкоголя/наркотика/никотина до, во время и после них, что дает возможность восстановить в памяти размеры и длительность потребления ПАВ, приуроченные к помеченным датам. Бланк ретроспективной оценки ежедневного потребления ПАВ позволяет регистрировать 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. Больного просят указать наибольшие и наименьшие количества употребленного ПАВ в определенные дни. Отдельно предлагается отметить отрезки времени, когда больной полностью воздерживался от ПАВ или, наоборот, ежедневно употреблял. Уточнению получаемых данных помимо указанных требований способствует визуальный материал, наглядно иллюстрирующий объемы потребленного алкоголя/наркотика/никотина. График потребления ПАВ должен составляться на каждом посещении больным врача и охватывать период между последним и предыдущим посещениями. Увеличение количества трезвых дней в году и снижение количества дней тяжелого злоупотребления ПАВ рассматриваются в качестве индикаторов эффективности терапии [28; 32; 34].

Тест Кимберли Янг на интернет-зависимость

Применяется для диагностики интернет-зависимости. Разработан ведущим исследователем проблемы Кимберли Янг, состоит из 20 вопросов, а также 20 дополнительных вопросов и 14 вопросов, касающихся личности респондента. Данные теста имеют субъективный характер, т.к. заполняется испытуемым. Ответы пациентов на каждый из вопросов теста оцениваются по 5-балльной шкале: никогда или крайне редко – 1 балл; иногда – 2 балла; регулярно – 3 балла; часто – 4 балла; всегда – 5 баллов. Подсчет результатов: 20–49 баллов – обычный пользователь интернета; 50–79 баллов – есть некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением интернетом; 80–100 баллов – интернет-зависимость. Скрининговое обследование с использованием теста Кимберли Янг служит для профилактики и психокоррекции лиц с пограничным количеством баллов и интернет-зависимых [10; 17; 38].

Тест на выявление патологических игроков (SOGS)

Разработан и предложен Lesieur H.R. и Blume S.B. в 1987 г. для выявления патологических игроков. Тест состоит из 25 вопросов, на которые пациенты отвечают письменно или в ходе клинического интервью. Подсчет ведется по форме для подсчета очков по SOGS, поскольку не все вопросы учитываются при итоговом подсчете. Первые вопросы не участвуют в подсчете, но дают возможность узнать обо всех видах и суммах ставок, заключенных пациентом, и об истории его семьи. Суммы ставок должны оцениваться в зависимости от дохода, находящегося в распоряжении пациента. Знание истории семьи полезно для оценки риска. Максимальное количество очков SOGS – 20: 0 очков – нет проблемы; 1–4 очка – есть некоторые проблемы; 5 и более – вероятностный патологический игрок. Тестирование помогает выявить пациентов из группы риска и пролечить последних на ранних стадиях заболевания [37].

Оценка степени никотиновой зависимости (тест Фагерстрема)

Инструмент позволяет оценить особенности заболевания у больных с табачной зависимостью. Процедура тестирования состоит из 6 вопросов, ответы на которые ранжированы в баллах. Степень никотиновой зависимости определяется по сумме набранных баллов: 0–2 – очень слабая; 3–4 – слабая; 5 – средняя; 6–7 – высокая; 8–10 – очень высокая. Степень никотиновой зависимости необходимо знать, чтобы правильно выбрать тактику и метод отказа от курения [16].

ОЦЕНОЧНЫЕ ШКАЛЫ ТЯЖЕСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ

Наиболее широкое применение в наркологии нашли шкалы, оценивающие стержневой синдром болезней зависимости — патологическое влечение. При исследовании патологического влечения к алкоголю (ПВА) и наркотикам (ПВН) используют шкалы измерения степени интенсивности влечения: клиническую, обсессивно-компульсивную, пенсильванскую, категориальную, визуальную аналоговую шкалы. Большинство используемых инструментов являются шкалами самооценки. Однако в силу ряда особенностей, к главным из которых относятся выраженная алекситимия больных, возможная диссимуляция своего состояния и рентные установки в отношении лечения, прямая оценка степени выраженности патологического влечения может быть затруднена. По этой причине субъективные методики оценки патологического влечения обязательно дополняют клинической диагностикой по группам признаков, которые связаны с синдромом патологического влечения: идеаторным, аффективным, поведенческим и вегетативным.

Клиническая шкала оценка патологического влечения к алкоголю

Шкала была разработана в НИИ наркологии в 1994 г. профессором В.Б. Альтшулером. Основная задача шкалы — количественно выразить сугубо качественные характеристики синдрома ПВА. Она состоит из оценочного глоссария, в котором все симптомы ранжированы в соответствии с определенным «весом» каждого из них, выраженном в относительных единицах (баллах). Таким образом, количественная оценка состоит не в определении выраженности симптома, а в простой констатации его наличия. Данная шкала хорошо зарекомендовала себя в практической наркологии и является наиболее часто используемым инструментом при проведении клинических исследований зависимости от алкоголя [1].

Клиническая шкала оценка патологического влечения к наркотику

Шкала была разработана в НИЦ наркологии в 1999 г. М.А. Винниковой и апробирована на 354 больных с героиновой зависимостью. Шкала широко используется при проведении клинических исследований у больных наркоманией на различных этапах заболевания. Шкала отражает психопатологическую структуру данного синдрома. Она состоит из 4 «больших» диагностических критериев: выраженность идеаторного (мысли, воспоминания, представления о наркотике), аффективного (сниженный фон настроения, тоска, дисфория, эмоциональная лабильность), поведенческого компонентов и нарушений сна и 4 «малых» диагностических критериев: наличие соматовегетативных нарушений, установок на лечение, критики

к заболеванию, сновидений с наркотической тематикой. «Большие» диагностические критерии оцениваются по 3-бальной шкале: 1 – слабо выраженный симптом; 2 – умеренно выраженный симптом; 3 – сильно выраженный симптом.

Для диагностики ПВН достаточно (как минимум) трех больших критериев или двух больших и двух малых критериев. Суммарный балл 8–11 свидетельствует о влечении к наркотику средней степени выраженности и носит осознанный характер, даже если пациент это отрицает. Сумма баллов выше 11 свидетельствует о влечении тяжелой степени. Соответственно, сумма баллов ниже 8 позволяет говорить о влечении легкой степени тяжести [3].

Шкала оценки тяжести патологического влечения к игре

Шкала была разработана в МНПЦ наркологии в 2008 г. О.Ж. Бузиков и апробирована на 134 больных с зависимостью от азартных игр. Она количественно выражает качественные характеристики синдрома патологического влечения к игре (ПВИ). Шкала состоит из оценочного глоссария. Симптомы ранжированы и выражены в относительных единицах (баллах). Наибольшую значимость в структуре ПВИ имеет идеаторный компонент, далее по значимости следует аффективный и поведенческий компоненты и наименее прогностически значимым является вегетативный компонент. Оценка показателей шкалы дает возможность проследить динамику ПВИ на различных этапах заболевания, позволяет определить степень тяжести различных компонентов ПВИ на всем протяжении лечебно-реабилитационного процесса [2].

Обсессивно-компульсивная шкала влечения к алкоголю

Обсессивно-компульсивная шкала влечения к алкоголю предназначена для самооценки пациентом идеаторных проявлений отношения к алкоголю за последнюю неделю. Первые шесть пунктов шкалы оценивают выраженность проявлений первичного влечения к алкоголю, последующие с 7 по 14 пункты – выраженность вторичного ПВА, возникающего в процессе употребления алкоголя. Ответы пациента на вопросы фиксируют частоту и продолжительность появления мыслей, побуждений, связанных с употреблением алкоголя, с оценкой того, насколько они мешали, вызывали стресс или беспокойство и сколько усилий приходилось прилагать для противостояния им. В работе с больными в ремиссии анализируются ответы только на первые шесть вопросов. В случае возникновения рецидива, оцениваются характеристики вторичного влечения к алкоголю по 7–14 пунктам [18].

Пенсильванская шкала влечения к алкоголю

Пенсильванская шкала влечения к алкоголю предназначена для количественной оценки патологического влечения к алкоголю. Пациент самостоятельно по 6-бальной шкале оценивает частоту возникновения, интенсивность и продолжительность влечения, способность противостоять потреблению, общий уровень влечения к алкоголю за прошедшую неделю. Общий показатель по каждому из пяти параметров ранжируют следующим образом: 0 баллов – влечение выражено крайне незначительно, что соответствует сумме баллов по Пеннсинвальской шкале от 0 до 7; 1 балл – влечение слабо выражено, что соответствует сумме баллов от 8 до 14; 2 балла – влечение средней степени выраженности, что соответствует 15–23 баллам; 3 балла – влечение высокой интенсивности, что соответствует 24–30 баллам [25].

Категориальная шкала оценки патологического влечения к алкоголю

Шкала используется для измерения субъективной оценки больного степени влечения к алкоголю. Пациент выбирает из предложенных десяти характеристик наиболее подходящее описание своего желания употребить алкогольный напиток, где 0 – это полное отсутствие желания, а 10 – безудержное желание употребить алкоголь [12].

Визуальная аналоговая шкала

Визуальная аналоговая шкала (англ. Visual Analogue Scale, сокр. VAS) (E.C. Huskisson, 1974) изначально была разработана для интенсивности оценки боли у пациентов с хроническим панкреатитом. В наркологии шкала используется для измерения субъективной оценки больного степени влечения к алкоголю или наркотику. Пациент самостоятельно отмечает на 10-сантиметровом отрезке степень желания выпить или употребить наркотик: 0 мм – отсутствие желания, 100 мм – максимальное желание.

Использование всех вышеозначенных шкал позволяет определять тяжесть и динамику патологического влечения к ПАВ как в процессе лечения, так и на этапах становления ремиссии и в соответствии с полученными результатами вносить коррекцию в терапию [12].

ОЦЕНОЧНЫЕ ШКАЛЫ ТЯЖЕСТИ АБСТИНЕНТНЫХ РАССТРОЙСТВ

Следующая группа инструментов позволяет: определить степень тяжести абстинентного синдрома (АС), оценить вероятность развития у пациента осложнений, контролировать развитие симптомов с помощью повторного использования оценочной шкалы. Самыми распространенными оценочными шкалами для определения стадии АС и его контроля являются

ся: «Шкала клинической оценки абстинентного синдрома при алкогольной зависимости» (англ. Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, сокр. CIWA-Ar); «Шкала оценки тяжести алкогольного абстинентного синдрома» (англ. Alcohol Withdrawal Scale, сокр. AWS); «Шкала оценки опийного абстинентного синдрома» (англ. Clinical Opiate Withdrawal Scale, сокр. COWS). Данные шкалы используют для клинической оценки состояния пациентов в ААС и ОАС, а не для постановки диагноза. Повторная оценка симптомов с помощью выбранной шкалы позволяет корректировать лечение пациентов в соответствии с полученными результатами.

Шкала клинической оценки абстинентного синдрома при алкогольной зависимости (CIWA-Ar, пересмотренная версия)

Эта шкала позволяет оценивать 10 параметров: потливость, тревогу, тремор, нарушения слухового восприятия, нарушения зрительного восприятия, ажитацию, тошноту, нарушения тактильного восприятия, головную боль, ориентировку и состояние сенсорной сферы. Каждый параметр определяет выраженность ААС. В соответствии со шкалой клинической оценки ААС выделяют различные степени тяжести состояния по количеству набранных по шкале баллов:

10 – легкое состояние отмены, не требующее медикаментозного лечения;

10–20 – умеренно выраженное состояние отмены, требующее назначения транквилизаторов;

20 – выраженное состояние отмены, угрожающее развитием алкогольного делирия и требующее лечения [19].

Шкала оценки тяжести алкогольного абстинентного синдрома (AWS)

Эта шкала для оценки степени тяжести симптомов и признаков ААС включает в себя семь пунктов. Каждый из симптомов: потливость, тремор, тревога, сильное эмоциональное возбуждение, температура тела, галлюцинации (зрительные, осязательные или слуховые), ориентация, – необходимо оценить в диапазоне от 0 до 4 баллов в зависимости от степени его выраженности. Общее количество набранных баллов указывает на общую степень тяжести ААС. Легкая степень ААС – менее 4 баллов, умеренная степень ААС – от 5 до 9 баллов, тяжелая степень – от 10 до 14 баллов, очень тяжелая степень – более 15 баллов. Результат более 15 баллов свидетельствует о высокой вероятности развития алкогольного делирия [43].

Шкала оценки опийного абстинентного синдрома (Clinical Opiate Withdrawal Scale, COWS)

Эта шкала включает в себя одиннадцать параметров. Каждый из симптомов: потливость, тремор, тревога и раздражительность, ЧСС, возбуждение, величина зрачков, костно-суставная боль, ринорея и слезотечение, расстройство ЖКТ, зевота, гусиная кожа оцениваются по степени выраженности. В зависимости от суммарного балла результат интерпретируется следующим образом: мягкий ОАС – 5–12 баллов, умеренный ОАС – 13–24 балла, умеренно-тяжелый – 25–36 баллов, тяжелый – более 36 баллов [42].

Визуально-аналоговая шкала интенсивности боли (ВАШ)

Для оценки болевого синдрома в структуре ОАС применяют Визуально-аналоговую шкалу интенсивности боли (ВАШ), которая представляет собой прямую линию длиной 10 см, начало которой соответствует отсутствию боли – «боли нет». Конечная точка на шкале отражает мучительную невыносимую боль – «нестерпимая боль». Пациенту предлагается сделать на этой линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемой им в данный момент боли. Расстояние между началом линии и сделанной больным отметкой измеряют в сантиметрах и округляют до целого. Каждый сантиметр на ВАШ соответствует 1 баллу [12].

ОЦЕНОЧНЫЕ ШКАЛЫ ТЯЖЕСТИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Аффективные нарушения являются одной из наиболее частых форм коморбидных расстройств при болезнях зависимости. Эмоциональные расстройства входят в структуру патологического влечения к ПАВ, в т.ч. к игре, и абстинентного синдрома. При анализе ранних рецидивов у пациентов с синдромом зависимости аффективные расстройства являются одним из наиболее значимых факторов. При различных типах эмоциональных нарушений актуализации влечения к ПАВ/игре могут предшествовать совершенно разные эмоциональные состояния: от депрессии до гипомании и от апатии до тревоги. Каждое из них может становиться субъективно непереносимым в зависимости от индивидуальной структуры психики больного и выступать в роли самостоятельного мотива обращения к ПАВ/игре. Специализированные шкалы используют как для оценки тяжести аффективных расстройств в динамике, так и для оценки эффективности проводимой терапии.

Анкета для оценки синдрома ангедонии у детоксицированных больных опишной наркоманией

В 2000 г. Е.М. Крупицким с соавторами была разработана специальная анкета количественной оценки выраженности синдрома ангедонии для

определения степени тяжести постабстинентного состояния у больных опийной наркоманией. Анкета состоит из 17 пунктов, сгруппированных в 3 шкалы согласно 3 компонентам синдрома ангедонии: аффективному, идеаторному и поведенческому. Показатели каждой из этих 3 шкал анкеты оцениваются отдельно. Оценка каждого из 17 пунктов шкалы производится по 5-бальной системе, где: 0 баллов – нет или не было; 1 балл – слабо или очень редко; 2 – средне или редко; 3 – сильно или часто; 4 – очень сильно или очень часто. Для оценки аффективного компонента суммируются баллы в 1, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 16 пунктах анкеты; для оценки идеаторного компонента – в 2, 5, 10, 14 пунктах; для оценки поведенческого компонента – в 3, 8, 17 пунктах. Для сопоставимости показателей 3 шкал анкеты используют взвешенные показатели, для чего делят оценку по каждой из шкал на число пунктов, учитываемых при расчете показателей соответствующих шкал. Для расчета общего показателя выраженности синдрома ангедонии показатели по каждой из 3 шкал суммируются. Анкета для оценки синдрома ангедонии может быть полезным инструментом, способствующим оптимизации процесса лечения больных опийной наркоманией. Эффективная терапия синдрома ангедонии является важным аспектом профилактики рецидивов и стабилизации ремиссии у данной категории больных [9].

Шкала Гамильтона для оценки депрессии

Шкала Гамильтона для оценки депрессии (англ. Hamilton psychiatric rating scale for depression, сокр. HDS или HAM-D) создана в 1959 г. Как в психиатрии, так и в наркологии шкала широко используется для оценки тяжести депрессии в динамике, а также для оценки эффективности терапии. Вопросы шкалы адресованы к состоянию пациента в течение последних нескольких дней или предыдущей недели. Желательно получить дополнительную информацию от родственников пациента, его друзей, медицинского персонала. Повторные измерения проводятся независимо друг от друга. Во время их проведения исследователь не должен видеть результаты предыдущих измерений и должен заполнять только чистый бланк шкалы. Все признаки шкалы представляют собой отдельные проявления депрессивного состояния, а именно группы симптомов. Первоначально шкала включала 17 признаков, оцениваемых по 3-бальной системе. В последующем шкала была расширена за счет включения большего числа признаков депрессии (до 24), а также за счет увеличения градации каждого из признаков, более детальной оценки степени их интенсивности или частоты (от 3 до 5 баллов). В настоящее время HAM-D применяют для объективизации и сопоставления исследований по клинико-биологическим и психофар-

макологическим программам. Наиболее часто используют HDS с 17–21 пунктами (симптомами). Факторный анализ данных шкалы позволил выделить 4 информативных фактора, 3 из них можно клинически идентифицировать с вариантами депрессии (заторможенный, ажитированный) и тревожной реакцией, а 4-й тип включает расстройства сна, соматические проявления и не квалифицируется как клинический тип депрессии. При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются 3 области его значений: 0–6 – «отсутствие депрессивного эпизода», 7–15 – «малый депрессивный эпизод», 16 и выше – «большой депрессивный эпизод» [26].

Шкала Монтгомери-Асберга для оценки депрессии

Шкала предложена в 1979 г. (англ. Montgomery-Asberg Depression rating scale, сокр. MADRS) и предназначена для быстрой и точной оценки тяжести депрессии и изменения тяжести состояния в результате терапии. Шкала разработана на основе Психопатологической оценочной шкалы. Оцениваются 10 переменных, отражающих эффективность лечения депрессии. Баллы рассчитываются следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 6 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 60, где 0–15 баллов – отсутствие депрессивного эпизода; 16–25 баллов – малый депрессивный эпизод; 26–30 баллов – умеренный депрессивный эпизод; свыше 30 баллов – большой депрессивный эпизод. Баллы снижаются в соответствии с улучшением состояния пациента. Эффективность терапии считается удовлетворительной, если к моменту окончания лечения суммарный балл снижается как минимум на 50% от начального [33].

Госпитальный опросник тревоги и депрессии

Госпитальный опросник тревоги и депрессии (англ. Hospital anxiety and depression scale, сокр. HAD) разработан в 1983 г. A.S. Zigmond и R.P. Snaith, предназначен для определения степени эмоционального дистресса, связанного с проявлением соматического неблагополучия. Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы: «тревога» и «депрессия». Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 /отсутствие/ до 3 /максимальная выраженность/. Адаптация шкалы для использования в отечественной популяции была произведена Дробижевым М.Ю. в 1993 г. [6]. Многие исследователи высказывают мнение, что использование госпитальной шкалы тревоги и депрессии позволяет избежать некоторых артефактов диагностики, возникающих при экспертном оценивании [21]. При интерпретации результатов учитыва-

ется суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются 3 области его значений: 0–7 – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8–10 – «субклинически выраженная тревога/депрессия»; 11 и выше – «клинически выраженная тревога/депрессия» [39].

Шкала Зунга для самооценки депрессии

Шкала Зунга для самооценки депрессии (англ. The Zung self-rating depression scale), была создана в 1965 г. в Великобритании. Она основана на диагностических критериях депрессии и результатах опроса пациентов с этим расстройством. Шкала содержит 20 вопросов, на каждый из которых пациент дает ответ о частоте возникновения у него того или иного признака. Шкала ранжирована в 4 градациях: «крайне редко», «редко», «часто» и «большую часть времени или постоянно». При анализе результатов оценка производится по 7 факторам, отражающим чувство душевной опустошенности, расстройство настроения, общие и специфические соматические симптомы, симптомы психомоторных нарушений, суицидальные мысли и раздражительность/нерешительность. В наркологии шкала используется для клинической диагностики депрессии, а также при проведении клинических испытаний антидепрессантов. Уровень депрессии (УД) рассчитывается по формуле: $УД = \sum_{пр.} + \sum_{обр.}$, где $\sum_{пр.}$ – сумма зачеркнутых цифр к «прямым» высказываниям №№ 1, 3, 4, 7, 8, 10, 13, 15, 19; $\sum_{обр.}$ – сумма цифр «обратных» зачеркнутым высказываниям №№ 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20. В результате получаем УД, который колеблется от 20 до 80 баллов. Если УД не более 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии. Если УД более 50 баллов и менее 59, то делается вывод о «легкой депрессии ситуативного или невротического генеза». При показателе УД от 60 до 69 баллов диагностируется «субдепрессивное состояние или маскированная депрессия». «Истинное депрессивное состояние» диагностируется при УД более чем 70 баллов [40].

Шкала Спилбергера-Ханина для определения личностной и ситуативной тревожности

Методика позволяет дифференцированно измерять тревожность как личностное свойство и как состояние, связанное с текущей ситуацией. Тестирование по методике Спилбергера-Ханина проводится с применением двух бланков: один бланк для измерения показателей ситуативной тревожности, а второй – для измерения уровня личностной тревожности. При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов – низкая; 31–44 балла – умеренная; 45 и более – высокая. Очень высокая тревожность (>46) может

быть связана с наличием невротического конфликта, эмоциональными срывами и с психосоматическими заболеваниями. Низкая тревожность (<12), наоборот, характеризует состояние как депрессивное, неактивное, с низким уровнем мотиваций. Иногда очень низкая тревожность в показателях теста является результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя в «лучшем свете» [12].

ОЦЕНОЧНЫЕ ШКАЛЫ МОТИВИРОВАННОСТИ НА ЛЕЧЕНИЕ

Согласие на лечение у больных, страдающих синдромом зависимости, как правило, недостаточное. Для его правильной оценки необходимо использовать показатели тестов анозогнозии и анализа иррациональных установок, касающихся представления больных о собственном злоупотреблении и заболевании.

Опросник алкогольной анозогнозии

Опросник был разработан коллективом авторов в НИПНИ им. Бехтерева в 2011 г. Он состоит из 46 утверждений, свидетельствующих о наличии алкогольной анозогнозии и отражающих три основные сферы отношения к болезни: когнитивную, эмоциональную и мотивационную. На каждое утверждение респондент должен выразить свое согласие: «согласен», «не уверен» или «не согласен». Опросник позволяет получить комплексную оценку уровня алкогольной анозогнозии по отдельным ее компонентам, которыми являются: неинформированность, непризнание симптомов заболевания, непризнание заболевания в целом, непризнание последствий заболевания, эмоциональное непринятие заболевания, несогласие с лечением, непринятие трезвости. В соответствии с набранными баллами выделяют 5 уровней алкогольной анозогнозии: низкий (–2), пониженный (–1), средний (0), повышенный (1) и высокий (2) [15].

Тест аддиктивных установок Мак-Маллана – Гейлхар (MGAA)

Методика предназначена для диагностики выраженности аддиктивных установок у химически зависимых личностей. Тест состоит из сорока двух утверждений, на которые отвечает пациент в виде согласия или несогласия. Пять баллов присваивается за ответ «совершенно согласен» и один – за ответ «совершенно не согласен». Неотмеченные вопросы оцениваются как «нейтрален» – три балла. Нулевая точка отсчета – 42 балла. Чем выше набранный балл, тем более «разрушительны» убеждения пациента, и тем дальше он от стабильной ремиссии. Врач и психотерапевт использует данную методику для определения прогресса у пациента, сравнивая индивидуальный результат со среднестатистическим на различных этапах становления ремиссии. В практике психотерапии рекомендуется изучить

результаты тестирования вместе с пациентом и пояснить ему ключевые факторы, которые подталкивают его к злоупотреблению алкоголем и наркотиками. Данный тест определяет пять таких факторов. Фактор 1. «Я могу контролировать прием наркотиков и алкоголя в любое время, когда пожелаю. У меня для этого есть сила воли. Я могу сделать это сам, без чьей-либо помощи». Фактор 2. «Я не несу ответственность за злоупотребление наркотиками. Дьявол меня попутал. Виноваты другие. Это все плохое воспитание». Фактор 3. «Мне все же до сих пор нравится использовать наркотики. Я становлюсь более креативным». Фактор 4. «Наркотики – не такая большая проблема для меня. Это не приносит мне реального вреда. Беспокоиться не о чем». Фактор 5. «Мне нужны наркотики, чтобы чувствовать себя лучше. Я не могу без них справиться с этой жизнью» [5].

Опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам

Опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам (англ. Drug Attitude Inventory, сокр. DAI-30) был впервые предложен для оценки комплаенса в фармакотерапии больных шизофренией. DAI-30 представляет собой опросник, заполняемый пациентом. Вопросы инструмента содержат формулировки, отражающие отношение пациента к проводимому медикаментозному лечению, его восприятие, переживания или общие установки относительно лекарственных препаратов. Пациент выбирает, истинно или ложно каждое отдельное утверждение по отношению к нему. В DAI-30 содержится 15 утверждений, на которые пациент, полностью придерживающийся курса медикаментозного лечения, ответит «Правда», и 15 формулировок, ответом на которые будет «Ложь». За каждый положительный ответ дается плюс один балл, за каждый отрицательный – минус один балл. Общий балл рассчитывается как сумма положительных и отрицательных баллов. Положительный общий балл указывает на положительный субъективный отклик (пациент комплаентен), а отрицательный балл указывает на отсутствие комплаенса приему лекарств, то есть отрицательный субъективный отклик [4; 36].

Определение комплаенса

«Комплаенс приема препарата» (англ. Taking Compliance, сокр. TC) отражает отношение принятых за определенный период доз препарата к назначенным врачом дозам.

Формула: $TC = \frac{\text{количество принятых доз}}{\text{количество назначенных доз}} \times 100\%$. Этот показатель позволяет установить т. н. «лекарственные каникулы» (Drug Holiday) ($TC < 100\%$) или передозировку ($TC > 100\%$). Но TC не дает информации о времени приема препарата и о том, насколько

регулярно пациент принимал препарат, или периоды недостаточных доз сменялись периодами передозировки.

«Комплаенс дозировок» (Dosing Compliance, сокр. DC; называется также «уровень комплаенса») отражает число дней, в которые пациент принимал назначенное количество доз препарата, по отношению к количеству дней определенного периода (например, курса лечения или периода наблюдения).

Формула: количество дней с правильной дозировкой / количество дней периода наблюдения $\times 100\%$. Это более точный показатель, чем ТС, но и он не дает представления о времени приема препарата. Кроме этого, он не позволяет выделить периоды недостаточных дозировок и передозировок.

Для определения «комплаенса пунктуальности» приема препарата (Timing Compliance – TiC) предложены различные способы, например, доля назначенных врачом доз, принятых вовремя, в общем количестве приемов препарата.

Формула: TiC = количество вовремя принятых доз / количество назначенных доз $\times 100\%$. При этом рассматривают интервалы между приемами, которые при употреблении препарата 1 раз в сутки должны составлять в идеале 24 ч, при приеме два раза в сутки – 12 ч и т. д. График считается соблюденным, если отклонения во времени составляют не более 25%.

Для изменения комплаенса также определяют «лекарственные каникулы» как период, в который пациент не принимал назначенные препараты. Чтобы отличить такие «каникулы» от незначительных пропусков по забывчивости, устанавливают временной порог, например, три дня подряд, превышение которого определяется как длительный перерыв («каникулы»). «Лекарственные каникулы» имеют особо важное значение, когда речь идет о препаратах с сильным синдромом отмены, при котором обостряется симптоматика заболевания, если прекратить прием лекарства [4].

ДРУГИЕ ОЦЕНОЧНЫЕ ШКАЛЫ

Шкала общего клинического впечатления

Шкала общего клинического впечатления (англ. Clinical global impression scale, сокр. CGI), была создана в 1976 г. в Национальном институте психического здоровья США [35]. Она состоит из 3 субшкал, отражающих оценку тяжести состояния, общую степень его улучшения по 7-бальной системе, и субшкалу индекса эффективности, который рассчитывается по совокупности одной из четырех степеней терапевтического эффекта (заметный, умеренный, минимальный, без изменений) и степени выраженности побочного эффекта препарата (отсутствует, незначитель-

ный, значительный, нивелирующий терапевтический эффект). Шкалу CGI используют после клинической оценки состояния по другим шкалам (сравнивают результаты оценки пред началом лечения и после завершения этапа или всего курса лечения). В наркологии шкала используется при проведении клинических испытаний различных психотропных препаратов [24; 27; 35].

Шкала оценки побочного действия

Шкала оценки побочного действия (англ. Side-effect rating scale, сокр. UKU) разработана в 1987 г. скандинавскими исследователями О. Lingjaerde, U.G. Ahlfors, P. Vech для оценки переносимости лекарств при их клиническом испытании. Шкала используется для исследования различных классов психотропных средств. Например, шкала для изучения антидепрессантов содержит список из 26 побочных эффектов и графу «другие побочные эффекты». Наличие и степень выраженности каждого из них оценивается от 0 до 3 баллов [29].

Схема оценки уровня социальной адаптации

Эта схема отражает социальные последствия злоупотребления ПАВ, она была разработана в Санкт-Петербургской военной медицинской академии. Схема используется при проведении различных клинических исследований. Схема содержит 6 пунктов, ранжированных по 5-балльной системе, определяющих образовательный уровень, семейный статус, трудовую занятость, характер межличностных отношений, досуг, общее отношение к жизни. В зависимости от интегрального показателя выделяются 4 группы: с низким (<2 баллов), удовлетворительным (2–2,5 балла), хорошим (2,5–3 балла) и высоким (3 и > баллов) уровнем социальной адаптации. Данная схема проста в использовании и обладает достаточной чувствительностью [14].

Шкала оценки уровня реабилитационного потенциала пациентов

Шкала оценки уровня реабилитационного потенциала пациентов (УРП) была разработана в ННЦ наркологии в 2006 г. Т.Н. Дудко. В практическом отношении шкала оценки УРП – это терапевтическая и медико-социальная перспектива. Шкала состоит из четырех блоков в виде конкретных вопросов: I блок – преморбид, II блок – клинические особенности заболевания, III блок – особенности социального статуса и социальных последствий, IV блок – личностные изменения (приобретенные в процессе заболевания). Шкала базируется на объективных данных о наследственности, преморбиде, соматическом состоянии, тяжести и последствиях наркологического заболевания, особенностях личностного разви-

тия и социальном статусе больных. Ответ на каждый вопрос подвержен квантификации от +5 до –3 баллов. В зависимости от суммарной цифровой оценки выделяют 3 уровня: высокий (83 балла (± 6) при «идеале» 110), средний (62 балла (± 10)) и низкий (45 баллов (± 10)) реабилитационного потенциала. Больные алкоголизмом с высоким уровнем реабилитационного потенциала в среднем набирают 150 баллов (± 6) при «идеале» 187 баллов, со средним уровнем – 61 (± 10), с низким – 10 баллов (± 10) [7].

Общий опросник качества жизни (SF-36)

Общий опросник качества жизни был создан в США в 1992 г. Ware J.E. Русскоязычная версия опросника является международно-принятым документом, утвержденным институтом MAPI, разрешена к применению на территории РФ, прошла клинические испытания. Изменения в структуре опросника недопустимы. Опросник включает в себя 36 вопросов, ответы на которые формируют 8 стандартизованных шкал, представляющих собой профиль физического и психического здоровья. Полученные результаты сравниваются с нормой, которые представляют собой таблицы для возрастных групп, как мужчин, так и женщин. Таким образом, в основу принципа сравнения положены гендерно-возрастные различия [11; 30; 36; 41].

ВИЧ риск – шкала оценки риска (RAV)

Шкала оценки риска ВИЧ-инфекции (англ. HIV risk assessment battery, сокр. RAV) – диагностический инструмент, который позволяет оценить особенности сексуального и аддиктивного поведения, связанного с риском распространения ВИЧ-инфекции. Сорок пять вопросов шкалы имеют четко сформулированные дискретные категории ответов. Респондент выбирает ответ, который наилучшим образом описывает его поведение. В тесте нет открытых вопросов. Шкала состоит из двух глобальных разделов: 1) описания употребления наркотиков и алкоголя в течение последних 30 дней, и 2) использование игл и сексуальное поведение во время предыдущих 6 месяцев. Вопросы построены так, чтобы обеспечить максимальный охват и чувствительность ко всем видам потенциально рискованного поведения внутри этих разделов. Шестнадцать элементов из RAV используются в вычислении трех баллов: оценка риска, связанного со злоупотреблением наркотиками, оценка риска, связанного с сексуальным поведением, и оценка общего риска. Эти оценки рассчитываются путем суммирования ответов на избранные элементы. Диапазон значений ответов – от 0 до 4 баллов. Общий диапазон риска, связанных с потреблением наркотиков от 0 до 22. Диапазон риска, связанного с сексуальным поведением – от 0 до 18. Более высокие баллы отражают больший риск распространения ВИЧ-инфекции [31].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Альтишулер В.Б.* Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. — М.: Имидж, 1994. — 216 с.
2. *Бузик О.Ж.* Патологическое влечение к азартным играм. // Вопросы наркологии. — 2007. — №4. — С. 59–65.
3. *Винникова М.А.* Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов) : дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2004. — 243 с.
4. *Вольская Е.А.* Медицинский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях. // Ремедиум. — 2013. — №11. — С. 6–15.
5. *Голощапов И.В.* Формирование согласия на лечение у больных зависимостью от алкоголя : дис. ... канд. мед. наук. — М., 2010. — 180 с.
6. *Дробижев М.Ю., Изнак А.Ф.* Нейрональная пластичность — новая мишень в терапии депрессии. — М.: НЦПЗ РАМН, 1993 — 24 с.
7. *Дудко Т.Н., Райзман Е.М., Белокрылов И.В., Круговых Н.Ф., Котельникова Л.А., Казутина Е.А., Папырин В.Д., Бондаренко С.Н., Храмов Е.Ю.* Реабилитация наркологических больных в условиях стационаров : методические рекомендации (Новая медицинская технология). — М., 2006. — 76 с.
8. Индекс тяжести зависимости: версия Treatnet : руководство и опросник. — М.: Верди, 2009. — 128 с.
9. *Крупницкий Е.М., Бураков А.М., Романова Т.Н., Востриков В.В., Диденко Т.Ю., Гриненко Н.И., Славина Т.Ю., Гриненко А.Я.* Анкета для оценки синдрома ангедонии у детоксифицированных больных опийной наркоманией. // Вопросы наркологии. — 2000. — №4. — С. 43–46.
10. *Лоскутова В.А.* Интернет-зависимость как форма нехимических аддиктивных расстройств : дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 2004. — 187 с.
11. *Ненастьева А.Ю.* Качество жизни больных опийной наркоманией : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2007. — 26 с.
12. *Ненастьева А.Ю.* Психометрические шкалы, используемые в клинической наркологии. // Наркология. Национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — С. 905–921.
13. Психиатрия. Национальное руководство : краткое издание / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 622 с.
14. *Рустанович А.В.* Многоосевая диагностика психических расстройств у военнослужащих : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1997. — 40 с.

15. Рыбакова К.В., Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М., Бочаров В.В., Вукс А.Я. Методика оценки анозогнозии у больных алкоголизмом : методические рекомендации. – СПб., 2011. – 36 с.
16. Школа здоровья. Табачная зависимость : руководство для врачей / под ред. М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 112 с.
17. Янг К.С. Диагноз – интернет-зависимость. // Мир Интернет. – 2000 – №2. – С. 24–29.
18. Anton R.F., Moak D.H., Latham P.K. The obsessive compulsive drinking scale. // Arch. Gen. Psych. – 1996. – Vol. 53. – N3. – P. 225–231.
19. Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-Ar). // Br. J. Addict. – 1989. – Vol. 84. – P. 1353–1357.
20. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care / Thomas F. Babor et al. – 2nd ed. – Geneva: World Health Organization, 2001. – <http://www.who.int/iris/handle/10665/67205>.
21. Bech P. Rating scales for affective disorders: their validity and consistency. // J. Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1981. – Vol. 295. – P. 1–101.
22. Buddy T. Michigan Alcohol Screening Test Measures Lifetime Drinking Problems. // About.Com. – URL: <http://alcoholism.about.com/od/tests/a/mast/htm>. – (Retrieved August 01, 2018).
23. Ewing J.A. Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire. // JAMA. – 1984. – Vol. 252. – P. 1905–1907. – PMID 6471323.
24. Guy W. Clinical Global Impression. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. – National Institute of Mental Health, Rockville, MD, 1976.
25. Flannery B.A., Volpicelli J.R., Pettinati H.M. Psychometric properties of the Penn alcohol craving scale. // Alc. Clin. Exp. Res. – 1999. – Vol. 23. – N8. – P. 1289–1295.
26. Hamilton M. A rating scale for depression. // J. Neurol Neurosurgery Psychiatry. – 1960. – Vol. 23. – P. 56–62.
27. Haro J.M., Kamath S.A. et al.; on behalf of the SOHO Study Group. The global impression-schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2003. – Vol. 107 (suppl. 416). – P. 16–23.
28. Hoepfner B.B., Stout R.L., Jackson K.M., Barnett N.P. How good is fine-grained Timeline Follow-back data? Comparing 30-day TLFB and repeated 7-day TLFB alcohol consumption reports on the person and daily level. // J. Addict Behav. – 2010. – Vol. 35(12). – P. 1138–1143.
29. Lingjaerde O., Ahlfors U.G., Bech P., Dencker S.J., Elgen K. The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs

- and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. – *Acta Psychiatr Scand Suppl.* – 1987. – Vol. 334. – P. 1–100.
30. *McHorney C.A., Ware J.E., Raczek A.E.* The MOS 36-item short-form health survey: II. Psychometric and clinical test of validity in measuring physical and mental health constructs. // *Medical Care.* – 1992. – Vol. 30. – P. 475–483.
 31. *Metzger D.S., Navaline H.A., Woody G.E.* Assessment of substance abuse: HIV risk assessment battery (RAB). // *Encyclopedia of drugs, alcohol, and addictive behavior* / eds. R. Carson-DeWitt, G. Macmillan-Thomson. – New York: Macmillan Reference, 2001.
 32. *Midanik L., Hines A., Barrett D.* et al. Self-reports of alcohol use, drug use and sexual behavior: Expanding the timeline follow-back technique. // *J. Stud. Alcohol.* – 1998. – Vol. 59. – P. 681–689.
 33. *Montgomery S.A., Asberg M.* A new depression scale designed to be sensitive to change. // *Br J Psychiatry.* – 1979. – Vol. 134. – P. 382–389.
 34. *Sobell L.C., Sobell M.B.* Timeline follow-back: a technique for assessing self-reported alcohol consumption. // *Measuring alcohol consumption: psychosocial and biological methods* / Litten R.Z., Allen J.P., eds. – Totowa, NJ: The Humana Press, 1992. – P. 41–72.
 35. *Spearing M.K., Post R.M., Leverich G.S., Brandt D., Nolen W.* Modification of the clinical global Impression scale for use in bipolar illness (BP): the CGI-BP. // *Psychiatry Research.* – 1997. – Vol. 73. – P. 159–171.
 36. *Tarlov A.R., Ware J.E., Greenfield S., Nelson E.C., Perrin E., Zubkoff M.* The medical outcomes study: an application of methods for monitoring the results of medical care. // *Journal of the American Medical Association.* – 1989. – Vol. 262. – P. 925–930.
 37. The South Oaks gambling screen (SOGS): a new instrument for identification of pathological gambler / Lesieur H.R., Blume S.B. // *Am.J.Psychiatry.* – 1987. – Vol. 144. – N9. – P. 1184–1188.
 38. *Young K.S.* Addiction to the Internet: A case that breaks the stereotype. // *Psychological Reports.* – 1996. – Vol. 79 (3; Pt. 1). – P. 899–902.
 39. *Zigmond A.S., Snaith R.P.* The Hospital Anxiety and Depression Scale. // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1983. – Vol. 67. – P. 361–370.
 40. *Zung W.W.K., Durham N.C.* A self-rating depression scale. // *Arch Gen Psychiatry.* – 1965. – Vol. 12. – P. 63–70.
 41. *Ware J.E.* The MOS 36-item Short-Form Health Survey. // *Med. Care.* – 1992. – N8. – P. 473–483.
 42. *Wesson D.R., Ling W.* Clinical Opiate Withdrawal Scale. // *J. Psychoact. Drugs.* – 2003. – Vol. 35. – N2. – P. 253–260.

43. *Wetterling T., Kanitz R-D., Besters B. et al. A new rating scale for the assessment of the alcohol-withdrawal syndrome (AWS scale). / Alcohol&alcoholism. — 1997. — Vol 32. — N6. — P. 753–760.*

**PSYCHOMETRIC SCALES USED IN MODERN CLINICAL
ADDICTION MEDICINE**

Nenasteva A.Yu.1,2

¹ V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology
National Scientific Research Centre on Addictions
3, Malyi Mogiltsevsky per., Moscow, 119002, Russia

² I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
8/2, Trubetskaya st., Moscow, 119991, Russia

The use of standardized methods in addiction practice allows specialists to solve important practical tasks: quantify the severity of pathological manifestations and choose therapeutic tactics depending on the structure and severity of existing disorders. Also, using valid scoring scales and tests, it is possible to find statistically reliable interrelations between the measured values, to provide reproducible research results and scientifically-based practical recommendations.

Keywords: *diagnostic scales, substance craving scales, rating scales for withdrawal symptoms, scales of mental disorders comorbidity, motivation for treatment scales, scales used in addiction medicine.*