

ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского”
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Т.В. Клименко
А.А. Григорьева
А.Ю. Ненастьева**

**ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ
ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И
ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Методические рекомендации



Москва 2020

**ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского”
Министерства здравоохранения
Российской Федерации**

**ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ
ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ
ВЕЩЕСТВ**

Методические рекомендации



Москва - 2020

УДК 616.89
ББК 56.14
К49

Методические рекомендации подготовлены специалистами Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России профессором, доктором медицинских наук **Т.В. Клименко**, кандидатом психологических наук **А.А. Григорьевой**, кандидатом медицинских наук **А.Ю. Ненастьева**.

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России 23.12.2019 г., протокол №11.

К49 Клименко Т.В., Григорьева А.А., Ненастьева А.Ю. **Психометрические методы исследования психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ: Методические рекомендации.** – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2020. – 36 с.

Рассмотрены психометрические методы исследования психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ и оценки тяжести заболевания. Приведены две основные группы методов: социально-психологические и клинические. Дан краткий обзор по каждому из методов, направленных на выявление употребления алкоголя, психоактивных веществ и сочетанного употребления ПАВ.

Для врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов.

ББК 56.14

ISBN 978-5-86002-294-2

- © Клименко Т.В., Григорьева А.А., Ненастьева А.Ю., 2020.
- © ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2020.

ВВЕДЕНИЕ

Психометрические методы предназначены для исследования количественных сторон, соотношений, характеристик психических процессов и явлений. Они представляют собой теоретико-математические модели и процедурно-методические правила сбора и обработки эмпирических данных, что позволяет выразить психические свойства и параметры психических процессов в числовой или квазичисловой (ранговой, категориальной) форме. При подсчете заданных в методике единиц измерения полученные данные получают однозначную количественную интерпретацию, суммируются, сравниваются с количественными тестовыми нормами и по результатам сравнения формулируются в стандартные диагностические заключения.

Каждый психометрический метод предназначен для измерения конкретного свойства (характеристики), что составляет содержание метода. Важнейшими характеристиками всех применяемых для психометрического исследования инструментов должны быть: валидность, надежность, информативность, высокая чувствительность, специфичность, сопоставимость и воспроизводимость.

Валидность метода означает его возможность по измерению заданного параметра и рассматривается как способность метода отвечать поставленным целям и обосновывать решения, принятые на основе полученного результата. Недостаточно валидный метод не может считаться инструментом измерения для использования в практике. Надежность метода является критерием точности произведенных с его помощью измерений и определяется путем повторного его проведения с той же группой спустя некоторое время или при проведении двух параллельных измерений на сопоставимых выборках обследуемых лиц.

Чувствительность метода (истинно положительная пропорция) отражает долю (%) правильно идентифицированных положительных результатов.

Специфичность метода (истинно отрицательная пропорция) отражает долю (%) правильно идентифицированных отрицательных результатов.

Выделяют: 1) диагностические и оценочные (рейтинговые) инструменты; 2) шкалы, заполняемые врачом, клиническим психологом, средним медицинским персоналом или лицами из ближайшего окружения пациента; 3) опросники для самооценки. Их также разделяют на “объективные” шкалы (оценивает врач) и шкалы самооценки.

Все используемые в клинической практике психометрические инструменты условно подразделяются на универсальные и специализированные. Универсальные инструменты служат для социально-психологической и клинической диагностики. Они построены по принципу структурированного или полуструктурированного интервью, что позволяет стандартизировать полученную информацию и минимизировать погрешности, возникшие в результате субъективности восприятия испытуемого лица.

В психиатрии и в наркологии применяется целый ряд универсальных психометрических шкал, представляющих собой полное стандартизированное интервью, для диагностики психических расстройств в соответствии с критериями МКБ-10 или DSM-IV. К таким инструментам относятся: комбинированное международное диагностическое интервью, краткий международный нейропсихиатрический опросник (<http://st.кабинет-памяти.рф/9/1598/590/nenjropsixiatricheskij.pdf>), психиатрический диагностический скрининговый опросник. Специализированные тесты, опросники, шкалы предназначены для углубленного изучения отдельных синдромов заболевания.

Психометрические методы уже более столетия являются одними из основных в психодиагностической практике. Однако клинической психиатрии и наркологии они только начинают использоваться, что связано с общемировыми тенденциями в медицине по стандартизации и объективизации клинической

диагностики. 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 любого клинического диагноза, в том числе диагноза наркологического расстройства.

Клиническая оценка психического состояния лица, в том числе лица с наркологическим расстройством, проводится с использованием клинико-психопатологического метода. Но клиническая оценка состояния больного во многом зависит от профессионализма и компетенции врача, тем самым она остается в определенном смысле субъективной и может различаться у двух разных специалистов. Для объективизации диагностики необходимы дополнительные методы, стандартизированные и независимые от субъективной оценки, которые отвечают следующим требованиям:

- содержат четкие и максимально однозначные единицы наблюдения (детализация основных характеристик, выделение облигатных и факультативных признаков единицы наблюдения);
- позволяют провести количественную градацию единиц наблюдения по степени их выраженности с введением "диагностического порога".

К таким диагностическим средствам относят целый ряд тестов, опросников и шкал, которые стандартизированы, не зависят от субъективной оценки врача и могут успешно дополнять клинический метод. Часть шкал, применяемых в наркологии, была заимствована из психиатрии. Другие шкалы были специально разработаны для наркологических больных с учетом особенностей клиники и динамики наркологических расстройств.

Психометрические инструменты, так же как и клинико-психопатологические методы исследования, направлены на выявление поведенческих и личностных рисков приобщения к употреблению психоактивных веществ (далее – ПАВ) и развития наркологических расстройств. Они содержат вопросы, касающиеся мотивации, режима и форм употребления ПАВ и связанных с этим медицинских и социальных последствий

для испытуемого лица. В формулировке вопросов, как правило, нет прямого упоминания или информации о ПАВ. Анализ полученных ответов, проведенный по заданному алгоритму, позволяет получить информацию по проблеме, на выявление которой ориентирована данная методика.

Использование стандартизированных методов в наркологической практике дает возможность специалистам количественно оценить тяжесть психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ и их структурных компонентов и определить тактику терапии и профилактики в зависимости от структуры и выраженности имеющихся расстройств. Валидные оценочные шкалы и тесты также позволяют устанавливать статистически достоверные связи между измеряемыми величинами, обеспечивать получение воспроизводимых результатов исследований и научно обоснованных практических рекомендаций.

Использование стандартизированных методов в наркологической практике помогает специалистам решать следующие задачи:

- 1) скрининг с целью выявления лиц с наркологическими расстройствами (клинико-психопатологические методы) и риском их развития (социально-психологические методы);
- 2) квалификация актуального состояния пациента в терминах категориальных единиц;
- 3) исследование динамики психопатологических или иных нарушений по результатам проводимого лечения;
- 4) выбор терапевтической тактики и ее коррекция;
- 5) определение прогностически значимых показателей;
- 6) сбор статистической информации.

1. СКРИНИНГ¹ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПАВ

В Российской Федерации (далее – РФ) активно формируется система раннего выявления лиц с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (далее – наркологические расстройства) в рамках организованных в общемедицинской сети всех форм профилактических медицинских осмотров и диспансеризации населения, а также при проведении врачами специалистами всех форм медицинского освидетельствования и разного рода судебных экспертиз. В соответствии с нормативным правовым регулированием порядка оказания медицинской помощи по профилю “психиатрия-наркология”, утвержденного Приказом Минздрава России №1034н, диагноз наркологического расстройства компетентен устанавливать исключительно врач психиатр-нарколог. Поэтому перед врачами общей практики в рамках системы раннего выявления лиц с наркологическими расстройствами ставится только задача выявления лиц, имеющих проблемы, связанные с употреблением алкоголя или иных психоактивных веществ (далее – ПАВ), и мотивирование выявленных лиц к обращению за специализированной медицинской помощью к врачу психиатру-наркологу.

В соответствии с данным положением для выявления лиц, имеющих проблемы, связанные с употреблением различных ПАВ, в общемедицинской сети предлагаются следующие тесты.

Опросник CAGE (четыре вопроса) разработан для выявления лиц, имеющих проблемы, связанные с употреблением алкоголя, с 2013 г. в РФ он включен в анкету первого этапа диспансеризации (http://www.medpsy.ru/dictionary/metod_12_005.php). Название опросника составлено из первых букв английских ключевых

¹ *Скрининг* в медицине (от англ. screening – просеивание) – метод активного выявления лиц с какой-либо патологией или факторами риска ее развития, основанный на применении специальных диагностических исследований в процессе массового обследования населения или его отдельных контингентов.

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 осуждают 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 в 2 балла или больше означает клинически значимое злоупотребление алкоголем.

Скрининговый тест на выявление у испытуемого лица проблем, связанных с употреблением наркотиков (*Drug Abuse Screening Test, – DAST, Skinner H.A., 1982*). Тест построен в форме самоотчета и включает 28 вопросов. Он позволяет получить обобщенный показатель, касающийся различных негативных последствий употребления наркотических средств. Обладает высокой валидностью.

2. ВЫЯВЛЕНИЕ НЕМЕДИЦИНСКОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ И ДИАГНОСТИКА НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Выявление (скрининг) детей и подростков, допускающих употребление алкоголя и немедицинское употребление иных ПАВ, осуществляется врачами первичной медико-санитарной помощи в рамках всех форм профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе обучающихся в образовательных учреждениях, а диагностика наркологических расстройств осуществляется врачами психиатрами-наркологами при оказании первичной специализированной и специализированной медико-санитарной помощи по профилю “психиатрия-наркология”.

2.1.Скрининг детей и подростков с риском употребления ПАВ и (или) имеющих опыт употребления ПАВ и связанные с этим проблемы

Патодиагностическая методика “ПДО “Наркориск” представляет собой личностный опросник, предназначенный для выявления у подростков 16–17 лет нарушений вектора развития личности, формирующего потенциальные риски возникновения наркозависимого поведения. Методика включает 6 шкал, измеряющих мотивационно-потребностную сферу, эмоционально-волевую, сферу нормативно-поведенческой регуляции, социальные риски, ценностно-смысловую сферу, а также достоверность ответов. Данные шкалы позволяют оценить личностные профили: абулистический, гедонистический, асоциальный, конформный, когнитивно-деструктивный, рискометрический нейтральный. Отличительной особенностью методики ПДО “Наркориск” является профилизация респондеров на группы высокого и низкого уровня формирования наркозависимого поведения: низкая вероятность связана с рискометрическим нейтральным профилем личности, высокая – с абулистическим, гедонистическим, асоциальным, конформным и когнитивно-деструктивным. Это дает возможность индивидуализировать программы профилактики и коррекции лиц с нарушениями развития.

“Методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению” (1992) направлена на выявление склонности к отдельным формам отклоняющегося поведения у лиц старшего подросткового и юношеского возраста. Ее преимущество заключается в том, что учитываются и корректируются установки на социально желательные ответы испытуемых. Методика разработана Вологодским центром гуманитарных исследований, имеет несколько модификаций (Орел А.Н., Овчарова Р.В., 2000; Фетискин Н.П., 2002; Клейберг Ю.А., 2004).

Опросник “Группа риска наркозависимости” (Хасан Б.И., Тюменева Ю.А., 2003) предназначен для использования в общеобразовательных учреждениях с целью выявления подростков (14–17 лет) с риском употребления наркотических средств. Состоит из парных вопросов, отражающих отношение

испытуемого лица к наркотикам и к различным проблемным ситуациям, а также возможности их преодоления, в том числе путем употребления наркотических средств.

Анкета для исследования личного опыта (Personal Experience Screening Questionnaire – PESQ, Winters K.C., 1992) – метод предназначен для выявления употребления подростками (12–18 лет) наркотиков и алкоголя. Состоит из оценочных шкал, которые отражают информацию по истории употребления ПАВ, связанных с этим психологических проблемы. PESQ имеет самые высокие оценки надежности по сравнению с другими скрининговыми методами оценки употребления ПАВ и связанных с этим последствий.

Скрининг на выявление подростков, злоупотребляющих ПАВ (Adolescent Substance Abuse Subtle Screening Inventory-2 – SASSI-2, Miller F.G., 2002) включает следующие шкалы: склонность к употреблению алкоголя, наркотиков, очевидные и незаметные аспекты употребления ПАВ, защитные реакции.

Метод *“Автомобиль-отдых-одиночество-забыть-семья и неприятности с друзьями” (The Car-Relax-Alone-Forget-Family and Friends Trouble – CRAFFT, Knight J.R., 1999)* предложен в 2011 году руководством Американской академии педиатрии для раннего выявления подростков, употребляющих ПАВ. Инструмент имеет высокую чувствительность и соотносится с критериями DSM-V. Метод является скрининговым и представляет собой набор из 6 контрольных вопросов, содержание которых для простоты и точности использования отражены в аббревиатуре названия метода.

2.2. Диагностика наркологических расстройств у детей и подростков

Скрининговый тест на алкоголь, курение и употребление ПАВ (The Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test – ASSIST, WHO, 2012) разработан Всемирной Организацией Здравоохранения, ориентирован на подростков в возрасте от 12 до 17 лет и позволяет оценить риски употребления табака, алкоголя, каннабиноидов, кокаина, амфетаминовых стимулянтов, ингалянтов, седативных галлюциногенов, опиоидов, а также

выявить возникающие у подростков проблемы, связанные с социализацией. Метод позволяет дифференцировать употребление, злоупотребление и зависимость.

Подростковое диагностическое интервью (Adolescent Diagnostic Interview – ADI, Winters K.C., 1993) основано на критериях DSM-V и наряду с наркологическими расстройствами позволяет оценивать психосоциальные патогенные факторы, особенности межличностного и школьного взаимодействия, особенности когнитивного статуса. Рекомендуются использовать при установлении показаний для лечения и при планировании терапевтической тактики.

Индекс подростковой алкоголизации (Adolescent Drinking Inventory – ADI, Harel A.V., Wirtz P.V., 1989) представляет собой опросник, состоящий из 24 утверждений, направленных на исследование психологических, физических и социальных симптомов, связанных с употреблением алкоголя, а также трудностей самоконтроля.

Шкала вовлеченности подростков в алкоголь и наркотики (Adolescent Alcohol and Drug Involvement Scale – AADIS, Morberg D.P., 2003) предназначена для выявления употребления подростками различных ПАВ и на исследование зависимости от них.

Скрининг-тест для подростков на выявление злоупотребления наркотиками (Drug Abuse Screening Test For Adolescents – DAST-A, Martino S.C., 2000) построен в форме самоотчета. Обладает высокой валидностью. Преимуществом теста является то, что он учитывает стремление респондентов скрыть факт употребления наркотиков или снизить значимость этой проблемы.

Диагностическое интервью для детей и подростков (Diagnostic Interview for Children and Adolescents – DICA-R) – структурированное интервью, основанное на диагностических критериях наркологических расстройств DSM-V, позволяет дифференцировать около 20 диагностических кодов в рамках данной классификации.

Методика диагностики аддиктивной идентичности (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., Первозкина Ю.М., Самойлик Н.А. и соавт., 2012) дает возможность диагностировать

различные аспекты аддикции личности: медицинский, социальный, психологический, духовный.

Мичиганский скрининг – тест алкоголизма (Michigan Alcoholism Screening Test – MAST) предназначен для предварительной 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.

В целом, все рассмотренные методы направлены на оценку рисков и фактов употребления психоактивных веществ, а также связанных с ними последствий.

3. ДИАГНОСТИКА УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Для диагностики потребления табака и табачной зависимости в ряде руководств и методических пособий рекомендуется к использованию *тест Фагерстрема (Fagerström Test for Nicotine Dependence – FTND)* – инструмент позволяет эффективно оценить особенности табачной зависимости. Процедура тестирования состоит из 6 вопросов, ответы на которые ранжированы в баллах. Чем выше балл, тем сильнее явления абстиненции у обследуемого.

Для оценки потребления бездымного табака (smokeless tobacco – ST) используется модификация теста Фагерстрема (FTND-ST) состоит из 6 вопросов, которые адаптированы под способ потребления табака.

Производным оригинального опросника Фагерстрема является индекс тяжести табакокурения (Heaviness of Smoking Index – HSI), включающий два основных параметра оценки: курение ночью и количество выкуриваемых сигарет в течение дня.

4. ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

4.1. Диагностика синдрома зависимости от ПАВ

Опросник *“Индекс тяжести зависимости”* (*Addiction Severity Index – ASI*, 2009) используется для комплексной оценки степени тяжести зависимости от ПАВ, в том числе медицинского, психологического и социального состояния больного. Применяется однократно в 1-й день терапии для составления плана лечения и решения вопроса о необходимости привлечения других специалистов к диагностике и определению тактики терапии либо для решения вопроса о переводе пациента на другое подразделение медицинской организации или его включении в программу медицинской реабилитации. Метод предложен в 1979 г. Т. Маклелланом и Д. Каризе для использования как в клинической практике (в амбулаторных и стационарных условиях), так и в научных исследованиях. Полная Европейская версия опросника (EuroASI) включает 9 разделов: 1) Формальные данные о пациенте; 2) Медицинский статус (общий); 3) Работа; 4) Употребление алкоголя; 5) Употребление наркотиков; 6) Юридические аспекты; 7) Семейный анамнез (употребление ПАВ родственниками); 8) Семья и социальные связи; 9) Психиатрический статус. Оценка тяжести проблемы субъективно определяется интервьюером в процессе интервью по каждому из разделов опросника.

Короткая версия опросника *“Индекс тяжести зависимости”* (TREATNET) содержит 6 шкал: состояние физического здоровья, работа и материальная поддержка, отношения в семье, употребление наркотиков и алкоголя, совершенные правонарушения. В отличие от стандартной, версия TREATNET не нуждается в использовании оценочной шкалы интервьюера. Это, наряду с сокращением количества вопросов, привело к упрощению и повсеместному применению методики в качестве оценки эффективности терапии.

Оригинальная шкала динамики психопатологических расстройств (ФГБУ ФМИЦПН МЗРФ) включает оценку выраженности зависимости от синтетических каннабиноидов по

4-балльной системе (0 – отсутствие зависимости; 1 балл – зависимость выражена минимально; 2 балла – выражена средне; 3 балла – выражена значительно) следующих симптомов: моторное возбуждение, психоэмоциональное напряжение, дисфория, эмоциональная подавленность, эмоциональная лабильность, психофизическая заторможенность, расстройство сна, чувство вины, истощаемость, повышенная раздражительность, неустойчивость внимания, пониженный фон настроения, осознаваемая потребность в наркотике.

Психиатрический диагностический скрининговый опросник (Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire – PDSQ) – инструмент для выявления наиболее часто встречающихся расстройств оси I DSM-IV² в амбулаторных условиях, включая злоупотребление/зависимость от алкоголя и злоупотребление/зависимость от иных ПАВ. Оценка наличия/отсутствия расстройств осуществляется на основе соответствующих критериев классификации DSM-IV.

Тест “Идентификация алкогольных расстройств” (Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT) рекомендован ВОЗ для скрининга лиц, имеющих проблемы с употреблением алкоголя, используется в РФ и за рубежом. Тест представляет собой структурированное интервью, состоящее из 10 вопросов, объединенных в три раздела. Первые 3 вопроса характеризуют частоту и дозы употребленного алкоголя, вопросы 4–6 выявляют наличие симптомов алкогольной зависимости, последние 4 вопроса ориентированы на выявление различного рода проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем. Предпочтительно, чтобы вопросы теста пациенту задавал врач, давая при необходимости ему пояснения. Интерпретация результатов: 1–7 баллов – безопасное употребление алкоголя; 8–15 баллов – чрезмерное или рискованное потребление алкоголя (установившийся тип потребления), несущий в себе высокий риск ущерба

² Большое депрессивное расстройство, булимия, посттравматическое стрессовое расстройство, паническое расстройство, агорафобия, социальная фобия, генерализованное тревожное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, соматизация, ипохондрия, злоупотребление/зависимость от алкоголя и злоупотребление/зависимость от иных ПАВ.

здоровью; 16–19 баллов – употребление алкоголя с вредными последствиями; 20 баллов и выше – синдром зависимости от алкоголя.

Результаты метода позволяют квалифицировать употребление алкоголя по четырем уровням: безопасное употребление, опасное употребление, вредное употребление, синдром алкогольной зависимости. Инструмент достаточно прост и удобен в применении, обладает достаточно высокой чувствительностью (92%) и специфичностью (он исключает фальшивые случаи ответов в 93% случаев). Предполагается, что по результатам проведенного исследования и в соответствии с полученными данными врач должен провести с пациентом мотивационное консультирование. Тест прошел международную стандартизацию, соответствует методологии МКБ-10.

Опросник *“Глобальная оценка индивидуальных потребностей”* (*Global Appraisal of Individual Needs – GAIN*, Dennis M.L., 1999) представляет собой структурированное интервью, по результатам которого на принципах биопсихосоциальной модели болезней зависимости проводится диагностика психологической и физической зависимости от ПАВ, а также определяется наличие и качество ремиссии наркологического расстройства по результатам терапии. Поскольку основная версия GAIN достаточно объемная и содержит 1606 вопросов, ответы на которые занимают от 60 до 120 минут, была разработана его короткая версия (*The GAIN-Short Screener – GAIN-SS*, Dennis M.L., 2006) – она содержит 5 шкал, соответствующих оригинальной версии опросника: шкала расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, шкала поведенческой сложности, шкала интернализирующих психических расстройств, шкала преступности/насилия.

Схема оценки уровня социальной адаптации разработана в Санкт-Петербургской военной медицинской академии (Рустанович А.В., 1997). Она содержит 6 пунктов, ранжированных по 5-балльной системе, которые определяют образовательный уровень, семейный статус, трудовую занятость, характер межличностных отношений, досуг, общее отношение к жизни.

В зависимости от интегрального показателя выделяют четыре группы пациентов: с низким (менее 2 баллов), удовлетворительным (2–2,5 балла), хорошим (2,5–3 балла) и высоким (3 балла и более) уровнем социальной адаптации. Данная схема проста в использовании и обладает достаточной чувствительностью.

Шкала оценки уровня реабилитационного потенциала лиц с зависимостью от ПАВ (Дудко Т.Н. и соавт., 2006) состоит из четырех блоков вопросов, подтвержденных объективными данными: первый блок – особенности преморбидного периода, второй блок – клинические особенности наркологического расстройства, третий блок – особенности социального статуса и социальных последствий наркологического расстройства, четвертый блок – личностные изменения (приобретенные в процессе заболевания). Ответ на каждый вопрос имеет количественное выражение от +5 до -3 баллов. В зависимости от суммарной цифровой оценки выделяют три уровня реабилитационного потенциала: высокий (83 балла (± 6) при “идеале” 110 баллов), средний (62 балла (± 10)) и низкий (45 баллов (± 10)). Больные с зависимостью от ПАВ 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).

Метод ретроспективного определения ежедневного объема потребления ПАВ (Timeline Followback – TLFB) дает возможность количественной оценки употребления 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%-ный этанол. Метод был неоднократно валидизирован, в том числе для оценки потребления других ПАВ. Данный метод предлагает испытуемому лицу отметить в календаре за определенный прошедший период времени даты общественной и личной жизни (государственные и религиозные праздники, памятные события, невзгоды, утраты, обретения и т.п.), которые были связаны с приемом алкоголя/наркотика/

никотина, в том числе накануне, во время и после них. Это помогает испытуемому лицу восстановить в памяти объемы и продолжительность употребления ПАВ, приуроченные к помеченным в календаре датам. Бланк ретроспективной оценки ежедневного потребления ПАВ позволяет регистрировать дозу и способ употребления ПАВ в течение каждых суток за анализируемый период времени. Также необходимо указать наибольшие и наименьшие количества употребленного ПАВ в определенные дни. Отдельно предлагается отметить отрезки времени, когда испытуемый полностью воздерживался от употребления ПАВ или, наоборот, ежедневно употреблял ПАВ. Уточнению получаемых данных способствует, помимо указанных требований, визуальный материал, наглядно иллюстрирующий объемы потребленного алкоголя/наркотика/никотина. График употребления ПАВ составляется при каждом посещении пациентом врача и охватывает период между последним и предыдущим посещениями. Увеличение количества “трезвых дней” в году и снижение количества дней с тяжелым злоупотреблением ПАВ рассматриваются в качестве индикаторов эффективности терапии.

Общее Международное Диагностическое Интервью “Модуль Употребления Психоактивных веществ” (Composite International Diagnostic Interview-Substance Abuse Module – CIDI-SAM, Robins L.N., 1990) содержит 38 диагностических критериев зависимости от ПАВ, соотносимых с DSM-V. Метод направлен на определение количества и частоты употребления ПАВ, а также социальных, психологических и физических последствий употребления конкретного ПАВ.

Индекс расстройств, связанных с употреблением алкоголя (Rutgers Alcohol Problem Index – RAPI, Martens M.P., 2007) позволяет выявить проблемы, которые возникают у пациента в разных сферах социального функционирования в связи с употреблением алкоголя: взаимоотношения внутри семьи, отношения со сверстниками, психологические особенности, психические проблемы, нейропсихологические показатели.

В целом, все рассмотренные методы позволяют дифференцировать стадии развития зависимости от ПАВ, эпизодическое

и систематическое употребление ПАВ от употребления ПАВ с вредными последствиями и от синдрома зависимости от ПАВ. В связи с дефицитом эффективных клинических и социально-психологических методов в отечественной практике, как правило, используют зарубежные.

4.2. Диагностика синдрома патологического влечения к ПАВ

Для пациентов с наркологическими расстройствами типичны феномены анозогнозии и алекситимии, стремление к сокрытию или искажению имеющихся у них наркологических расстройств и наркологического анамнеза. Поэтому для более точной клинической диагностики используются психометрические шкалы, позволяющие выявить наличие и степень актуализации синдрома патологического влечения к ПАВ. Большинство используемых инструментов относится к шкалам самооценки.

Клиническая шкала оценка патологического влечения к алкоголю разработана профессором В.Б. Альтшулером (1994) с целью количественной квалификации качественных психопатологических характеристик синдрома патологического влечения к алкоголю. Она состоит из оценочного глоссария, в котором все структурные компоненты синдрома патологического влечения к алкоголю выражены в относительных единицах (баллах) и ранжированы в соответствии со степенью субъективной значимости (актуальности) каждого из них. Шкала хорошо зарекомендовала себя в клинической наркологической практике и является наиболее часто используемым инструментом при проведении клинических исследований зависимости от алкоголя.

Обсессивно-компульсивная шкала влечения к алкоголю предназначена для оценки идеаторных компонентов синдрома патологического влечения к алкоголю. Входящие в состав шкалы вопросы касаются частоты, продолжительности, отношения и оценки, а также попыток испытуемого лица противостоять мыслям и побуждениям, связанным с употреблением алкоголя.

Первые 6 пунктов шкалы оценивают выраженность идеаторных компонентов первичного влечения к алкоголю, последующие – с 7-го по 14-й пункты – выраженность вторичного влечения. Пациентам в состоянии ремиссии предлагают для ответа первые 6 вопросов, пациентам в активной фазе алкогольной зависимости – вопросы с 7-го по 14-й.

Пенсильванская шкала влечения к алкоголю предназначена для количественной оценки основных структурных психопатологических компонентов патологического влечения к алкоголю. Пациент по 6-балльной шкале оценивает частоту возникновения, интенсивность и продолжительность синдрома влечения, способность противостоять желанию употреблять алкоголь, общий уровень влечения к алкоголю за прошедшую неделю. Каждый из 5 параметров ранжируется: 0 баллов – влечение выражено крайне незначительно; 1 балл – влечение слабо выражено; 2 балла – влечение средней степени выраженности; 3 балла – влечение высокой интенсивности.

Категориальная шкала оценки патологического влечения к алкоголю используется для измерения субъективной оценки больного степени актуальности синдрома патологического влечения к алкоголю: из ранжированных по степени интенсивности клинических характеристик синдрома патологического влечения к алкоголю пациент выбирает вариант, больше соответствующий его желанию употребить алкоголь, где 0 – это полное отсутствие желания, а 10 – безудержное желание употребить алкоголь.

Клиническая шкала оценка патологического влечения к наркотику (Винникова М.А., 1999) апробирована на 354 больных с героиновой зависимостью, состоит из 4-х “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-х “малых” диагностических критериев: наличие соматовегетативных нарушений, установок на лечение, критики к заболеванию, сновидений с наркотической тематикой. “Большие” диагностические критерии оцениваются по 3-балльной шкале:

1 – слабо выраженный симптом; 2 – умеренно выраженный симптом; 3 – сильно выраженный симптом. Для диагностики патологического влечения к наркотику 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.

Визуально-аналоговая шкала влечения к наркотику (Visual Analogue Scale – VAS, Grant S.J., 1999) применяется для измерения субъективной оценки больным степени желания употребить наркотик. Пациент самостоятельно отмечает на отрезке в 10 см степень влечения к наркотику: 0 мм – отсутствие желания, 100 мм – максимальное желание. Применялась на 1, 7, 14 и 21-й день терапии. Инструкция: Отметьте на данном отрезке уровень Вашего влечения к наркотикам сегодня. Наиболее сильное влечение оценивается как 100%, а отсутствие влечения – как 0%.

4.3. Диагностика синдрома отмены ПАВ и степени его тяжести

Использование в динамической клинической диагностике синдрома отмены ПАВ психометрических инструментов позволяет ранжировать степень его тяжести, оценивать вероятность развития осложнений.

Шкала клинической оценки абстинентного синдрома при алкогольной зависимости (Clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale – CIWA-Ar) позволяет оценивать его 10 клинических параметров: потливость, тревогу, тремор, нарушения слухового восприятия, нарушения зрительного восприятия, агитацию, тошноту, нарушения тактильного восприятия, головную боль, ориентировку и состояние сенсорной сферы. Каждый клинический параметр определяет выраженность синдрома отмены ПАВ. В соответствии с данной шкалой

выделяют различную степень тяжести синдрома отмены ПАВ 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.

Шкала оценки тяжести алкогольного абстинентного синдрома (ААС) (Clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale – CIWA-A) используется для оценки степени тяжести алкогольного абстинентного синдрома и включает семь симптомов ААС: потливость, тремор, тревога, сильное эмоциональное возбуждение, температура тела, галлюцинации (зрительные, осязательные или слуховые), ориентация. Каждый из этих 7 симптомов оценивается в диапазоне от 0 до 4 баллов в соответствии со степенью его выраженности. Общее количество набранных баллов указывает на общую степень тяжести ААС: легкая степень – менее 4 баллов, умеренная степень – 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.

Шкала оценки опийного абстинентного синдрома (Clinical Opiate Withdrawal Scale – COWS) включает его 11 клинических параметров (симптомов): потливость, тремор, тревога и раздражительность, ЧСС, возбуждение, величина зрачков, костно-суставная боль, ринорея и слезотечение, расстройство ЖКТ, зевота, гусиная кожа. Каждый из этих симптомов оценивается по степени выраженности. В зависимости от суммарного балла результат интерпретируется следующим образом: мягкий абстинентный синдром – 5–12 баллов, умеренный – 13–24 балла, умеренно-тяжелый – 25–36 баллов, тяжелый – более 36 баллов.

Для оценки болевого синдрома в структуре опийного абстинентного синдрома (ОАС) применяют *Визуально-аналоговую шкалу интенсивности боли (ВАШ)*, которая представляет собой прямую линию длиной 10 см. Каждый сантиметр на ВАШ соответствует 1 баллу. Начало линии соответствует отсутствию

боли – “боли нет”. Конечная точка на шкале отражает мучительную невыносимую боль – “нестерпимая боль”. Пациенту предлагают 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 числа.

4.4. Диагностика психических, вегетативных и неврологических расстройств у лиц с наркологическими расстройствами

Наиболее частыми последствиями хронической интоксикации ПАВ являются психопатологические нарушения, а также нарушения вегетативной регуляции и неврологические расстройства. Для оценки динамики данных нарушений коллективом ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” были разработаны три шкалы:

- Шкала динамики вегетативных расстройств,
- Шкала динамики неврологических расстройств,
- Оригинальная шкала динамики психопатологических расстройств.

Шкалы предназначены для оценки изменений выраженности симптомов в процессе терапии. Симптомы оцениваются по 4-балльной шкале: 0 – отсутствие симптома; 1 балл – он выражен минимально; 2 балла – выражен средне; 3 балла – выражен значительно.

5. ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ

Аффективные расстройства являются наиболее частыми при болезнях зависимости от ПАВ. Они входят в структуру патологического влечения к ПАВ, в структуру синдрома отмены ПАВ и резидуальных психических расстройств. Аффективные расстройства относятся к наиболее значимым факторам риска развития рецидивов синдрома зависимости от ПАВ. Специализированные психометрические 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 опийной наркоманией была разработана в 2000 г. Е.М. Крупицким с соавторами для количественной оценки выраженности синдрома ангедонии и определения степени тяжести постабстинентного состояния у больных опийной наркоманией. Анкета состоит из 17 пунктов, сгруппированных в 3 шкалы согласно 3-м компонентам синдрома ангедонии: аффективному, идеаторному и поведенческому. Показатели всех 3-х шкал анкеты оцениваются отдельно. Оценка каждого из 17 пунктов шкалы производится по 5-балльной системе, где 0 баллов – нет или не было; 1 балл – слабо или очень редко выражен синдром; 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-м пунктах анкеты; для оценки идеаторного компонента – в 2, 5, 10, 14-м пунктах; для оценки поведенческого компонента – в 3, 8, 17-м пунктах. Для сопоставимости показателей 3-х 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 их 3-х 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.

Шкала Гамильтона для оценки депрессии (*Hamilton psychiatric rating scale for depression – HDS* или *HAM-D*, 1959). Как в психиатрии, так и в наркологии данная 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, а 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-балльной 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 психофармакологическим 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”.

Шкала Монтгомери и Асберга (Montgomery-Asberg Depression rating scale – MADRS, 1979) 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 депрессив-

ный 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.

Госпитальный опросник тревоги и депрессии (Hospital anxiety and depression scale – HAD, Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) 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 М.Ю. Дробижевым в 1993 г. Многие исследователи высказывают мнение, что использование госпитальной шкалы тревоги и депрессии позволяет избежать некоторых артефактов диагностики, возникающих при экспертном оценивании. При интерпретации результатов учитывается 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.

Шкала Цунга для самооценки депрессии (The Zung self-rating depression scale, 1965) 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 свыше 70 баллов.

Шкала Спилбергера-Ханина для определения личностной и ситуативной тревожности. Методика позволяет дифференцировано 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 низкий уровень тревожности в показателях теста является результатом активного вытеснения личностью сильной тревоги с целью показать себя в “лучшем свете”.

Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Спилбергера-Ханина. Понятие ситуативной (актуальной), реактивной тревожности и понятие личностной, то есть активной тревожности, имеет не только специальный, описанный выше, но и более общий психологический смысл. Диагностика реактивной и личностной тревожности позво-

ляет достаточно определенно судить о проявлении основных особенностей поведения личности в плане ее отношения к деятельности. Инструкция: В зависимости от самочувствия в данный МОМЕНТ укажите наиболее подходящую для Вас цифру: 1 – нет, это совсем не так; 2 – пожалуй, так; 3 – верно; 4 – совершенно верно.

Шкала депрессии Бека (1961) позволяет диагностировать уровень тяжести депрессивного расстройства у испытуемого. Состоит из 21 вопроса-утверждения, основанных на наиболее встречающихся жалобах и симптомах депрессии.

6. ДИАГНОСТИКА ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Лица с наркологическими расстройствами отличаются сложной структурой личностной патологии, которая формируется в процессе комплексного синергического взаимодействия преморбидных личностных и эмоционально-волевых расстройств, хронической интоксикации ПАВ и развивающейся зависимости от них. Формирующаяся в результате синдрома зависимости от ПАВ “алкогольная” или “наркоманическая” личность характеризуется неконтролируемой импульсивностью, экстравертированностью, ипохондричностью, повышенной раздражительностью, возбудимостью и другими личностными особенностями. Изучение структуры зависимой личности необходимо для определения тактики психокоррекционных и психотерапевтических вмешательств, а также для определения стратегии тактики реабилитационных вмешательств.

Миннесотский многофакторный личностный опросник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI) предназначен для изучения особенностей личности. Применяется к клинической практике. Адаптирован как “Стандартизированное многофакторное исследование личности” (СМИЛ).

Личностный опросник Г. Айзенка разработан с целью диагностики типа темперамента (сангвиник, флегматик, холерик, меланхолик) с учетом экстраверсии или интроверсии личности, а также нейротизма (эмоциональной устойчивости). Состоит из 57 вопросов, включающих в себя 7 вопросов, относящихся к шкале “лжи”.

Опросник Х. Шмишека диагностирует тип акцентуации личности. Состоит из 88 вопросов и определяет следующие 10 типов личности: демонстративный, педантичный, “застревающий”, возбудимый, гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, аффективно-экзальтированный и эмотивный.

16-факторный опросник Р. Кетелла состоит из 187 вопросов, *предназначен* для диагностики и оценки индивидуально-психологических особенностей личности: эмоциональных, коммуникативных, интеллектуальных свойств, способности к саморегуляции.

Методика психологической диагностики типов отношений к болезни (Личко А.Е., Иванов Н.Я.) – клиническая методика позволяет диагностировать 12 типов отношений к болезни: сензитивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойальный, анозогностический, дисфорический, эргопатический, гармоничный.

Тематический апперцептивный тест (ТАТ) – проективная психодиагностическая методика, состоящая из 31 таблицы с черно-белыми фотографиями. Позволяет выявлять движущие силы личности – потребности и мотивы, черты характера, типичные формы поведения, внутренние или внешние конфликты и т.п.

7. ДИАГНОСТИКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Для исследования интеллектуальных способностей пациентов целесообразно использовать следующие методы.

Тест Векслера для измерения интеллекта у взрослых людей определяет уровень интеллектуального развития. Состоит из вербальной и невербальной шкал. Вербальная шкала включает в себя 6 субтестов: субтест общей осведомленности, субтест общей понятливости, арифметический субтест, субтест установления сходства, субтест повторения цифровых рядов и словарный субтест. Невербальная шкала включает в себя следующие

субтесты: шифровка цифр, нахождение недостающих деталей, кубики Коса, последовательность картинок, составление фигур.

Коэффициент интеллектуальности (словесный тест Г. Айзенка), или вербальный тест содержит шкалы, предназначенные для измерения интеллектуальных способностей и определения степени выраженности нестандартного мышления испытуемого. Содержит 40 вопросов, на которые необходимо ответить в течение 30 минут.

Методика “Пиктограмма” А.Р. Лурии позволяет исследовать особенности опосредованного запоминания, сформированность понятийного мышления, а также характер мыслительной деятельности. Состоит из 11 слов, предъявляемых по очереди. К каждому из слов необходимо нарисовать изображение, которое впоследствии поможет вспомнить названное слово.

8. ОЦЕНКА МОТИВАЦИИ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ

Вследствие типичного для всех лиц с наркологическими расстройствами феномена анозогнозии они отвергают наличие у них наркологического расстройства и связанных с этим негативных медицинских и социальных последствий. У них, как правило, отсутствуют установка на отказ от употребления ПАВ, на обращение за специализированной наркологической помощью, поэтому их включение в лечебно-реабилитационные программы и удержание в терапевтическом процессе требует систематической работы по преодолению феномена анозогнозии и формированию терапевтической установки посредством систематической мотивационной работы.

Опросник алкогольной анозогнозии был разработан коллективом авторов в НИПНИ им. В.М. 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, которые

ми являются: неинформированность, непризнание симптомов заболевания, непризнание заболевания в целом, непризнание последствий заболевания, эмоциональное неприятие заболевания, несогласие с лечением, неприятие трезвого образа жизни. В соответствии с набранными баллами выделяют 5 уровней алкогольной анозогнозии: низкий (-2), пониженный (-1), средний (0), повышенный (1) и высокий (2).

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 1 – за ответ “совершенно не согласен”. Неотмеченные вопросы оцениваются как “нейтрален” – 3 балла. Нулевая точка отсчета – 42 балла. Чем выше набранный балл, тем более “разрушительны” убеждения пациента и тем дальше он от стабильной ремиссии. Врач-нарколог и психотерапевт используют 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 5 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”.

Опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам (*Drug Attitude Inventory – DAI-30*) был впервые предложен для оценки комплаенса в фармакотерапии больных шизофренией и заполняется самим пациентом. Вопросы 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, даст ответ “Правда”, и 15 формулировок, ответом на которые будет “Ложь”. За каждый положительный ответ начисляется 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 – на отсутствие комплаенса к приему лекарств, отрицательный субъективный отклик.

Методика “Комплаенс приема препарата” (*Taking Compliance, – TC*) отражает соотношение принятых за определенный период доз препарата к назначенным врачом дозам.

Формула: $TC = \text{количество принятых доз} / \text{количество назначенных доз} \times 100\%$. Этот показатель позволяет установить так называемые “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 когда периоды недостаточных доз сменялись периодами передозировки.

“Комплаенс дозировок” (*Dosing Compliance – DC*) – этот показатель называется также “уровень комплаенса” и 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: $\text{количество дней с правильной дозировкой} / \text{количество дней периода наблюдения} \times 100\%$. Это более точный

показатель, чем ТС, но и он не дает представления о времени приема препарата. Кроме этого, он не позволяет выделить периоды с недостаточными дозировками и передозировками.

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

Формула: $TiC = \text{количество вовремя принятых доз} / \text{количество назначенных доз} \times 100\%$. При этом рассматривают интервалы между приемами, которые при употреблении препарата 1 раз в сутки должны составлять в идеале 24 ч, при приеме 2 раза в сутки – 12 ч и т.д. График считается соблюденным, если отклонения во времени составляют не более 25%.

Для оценки 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, 3 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, если прекратить прием лекарства, обостряется симптоматика заболевания.

9. ДРУГИЕ ОЦЕНОЧНЫЕ ШКАЛЫ

Шкала общего клинического впечатления (Clinical global impression scale – CGI, 1976) создана в Национальном институте психического здоровья США. Она состоит из 3 субшкал, отражающих оценку тяжести состояния, общую степень его улучшения по 7-балльной системе, и субшкалу индекса эффективности, который рассчитывается по совокупности одной из 4 степеней терапевтического эффекта (заметный, умеренный, минимальный, без изменений) и степени выраженности побочного эффекта препарата (отсутствует, незначительный, 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.

Шкала оценки побочного действия (Side-effect rating scale – UKU, Lingjaerde O., Ahlfors U.G., Bech P., 1987) разработана 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.

Схема оценки уровня социальной адаптации отражает социальные последствия злоупотребления ПАВ, она была разработана в Санкт-Петербургской военной медицинской академии. Схема используется при проведении различных клинических исследований. Она 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.

Общий опросник качества жизни (Short Form 36 health survey questionnaire – SF-36, Ware J.E., 1992). 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 таблицами, которые содержат нормативные показатели для разных возрастных групп, для мужчин и женщин. Таким образом, в основу принципа сравнения положены гендерно-возрастные различия.

ВИЧ риск – шкала оценки риска (HIV risk assessment battery – RAB) – 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) описание 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 RAB используются при вычислении 3-х 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, связанного 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.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование стандартизированных психометрических 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. Для объективизации статуса больных были разработаны многочисленные методы – тесты, опросники, шкалы, стандартизированные и не зависящие от субъективной оценки. Часть шкал, применяемых в наркологии, заимствована из психиатрии, психологии и других смежных дисциплин. Другие специально созданы для обследования наркологических

больных с учетом особенностей клиники и динамики болезней зависимости. Применение этих инструментов обеспечивает получение воспроизводимых результатов исследований и научно обоснованных практических рекомендаций.

В настоящее время использование стандартизированных методов в наркологической практике позволяет специалистам решать следующие задачи: скрининг с целью выявления лиц с наркологическим заболеванием или с риском развития наркологической патологии; квалификация текущего состояния пациента в терминах категориальных единиц; исследование динамики психопатологических или иных нарушений на фоне проводимой терапии; выбор и планирование лечения; определение прогностически значимых показателей; сбор статистической информации.

Новые методики, обогащающие арсенал наркологической практики, дают возможность более качественно решать вопросы диагностики и лечения болезней зависимости – одной из самых злободневных медицинских и социальных проблем современности.

**Психометрические методы исследования
психических и поведенческих расстройств вследствие
употребления психоактивных веществ**

Методические рекомендации

<i>Заведующая редакцией</i>	<i>Н.Б. Гончарова</i>
<i>Редактор</i>	<i>М.М. Игнатенко</i>
<i>Компьютерная верстка</i>	<i>М.М.Абрамовой</i>

Подписано в печать 23.11.2020 г.
Формат 60x84/16. Гарнитура Century Schoolbook.
Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 2,25.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
"Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В.П. Сербского" Министерства здравоохранения
Российской Федерации
119034 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.