

**ПРОБЛЕМЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ
ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИЕЙ**

Марина Юрьевна Городнова

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии,
193015 Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, e-mail: mgorodnova@yandex.ru.*

Реферат. Исследованы показатели «Профиля аддикции» у 183 пациентов с опиоидной наркоманией в наркологическом стационаре. Показано изменение показателей методики начиная с третьей недели пребывания в стационаре: снижаются рискованное для здоровья поведение, криминальная активность, но улучшается качество взаимодействия с близкими. Низкая социальная поддержка со стороны близких может содействовать обращению за наркологической помощью. Плохое состояние здоровья определяет длительность пребывания в отделении до 4 недель, но не является фактором, сопровождающим выбор реабилитации. Продолжительность, а не число предыдущих госпитализаций служит фактором, обеспечивающим длительность настоящей госпитализации. Применение методики «Профиль аддикции» для оценки эффективности лечения для больных с коротким сроком госпитализации ограничено из-за отсутствия динамики ее показателей в первые 14 дней.

Ключевые слова: опиоидная наркомания, приверженность лечению, методика «Профиль аддикции».

PROBLEMS OF ADHERENCE DURING INPATIENT
TREATMENT OF PATIENTS WITH OPIOID ADDICTION

Marina Y. Gorodnova

North-Western State Medical University named
after I.I. Mechnikov, department of child psychiatry,
psychotherapy and medical psychology,
191015, Saint-Petersburg, Kirochnaya street, 41,
e-mail: mgorodnova@yandex.ru

The Maudsley Addiction Profile - MAP indicators in 183 patients with opioid addiction in narcological hospital were measured. After three weeks the indicators have changed. Risky health behavior, criminal activities have reduced. Also there was a reduction of interaction intensity with the family, but quality was improved. Lack of the family support might contribute to a patient's addressing for drug treatment. Patients stayed in the hospital for 4 weeks because of poor health. But poor health was not a factor for choosing the kind of rehabilitation. Duration of treatment, and not the number of previous hospitalizations was a factor of duration of the present hospitalization. «Addiction profile» was not useful to assess the effectiveness of the treatment for patients with short-term hospitalization due to the lack of dynamics in the first 14 days.

Key words: The Maudsley Addiction Profile – MAP, opioid addiction, adherence.

Вопросы приверженности в наркологической практике до настоящего времени остаются центральной проблемой. Существующие подходы в лечении и оценке его эффективности, как правило, направлены на реабилитацию пациентов данного контингента [2, 7]. Отказ от потребления наркотических средств является основным критерием оценки эффективности лечения, несмотря на хронический характер заболевания [4, 12]. В то же время признается факт низкой приверженности пациентов к системе организации им помощи, и прилагаются усилия для повышения комплаенса [1, 10]. По нашим данным, к 10-му дню из наркологического отделения выбывает более 50% из числа поступивших, и к 21-му дню остается не более 26% пациентов, которые приняли решение участвовать в программе реабилитации, реализуемой в отделении. Таким образом, более 70% больных остаются недоступными для оказания им наркологической помощи, выбирая, как правило, жизнь без отказа от потребления. Именно эти больные неоднократно поступают в отделение, обращаясь за специализированной помощью. Несмотря на существующую точку зрения о нецелесообразности частых повторных госпитализаций как факторов, поддерживающих наркотизацию и не способствующих формированию мотивации к отказу от потребления, мы предлагаем рассматривать повторные госпитализации как средовой ресурс по улучшению качества жизни больных, у которых не формируется устойчивая ремиссия.

Попытки ввести дифференцированные показатели, повышающие потенциальную возможность достижения полной ремиссии и указывающие на улучшение качества жизни пациентов, не находят широкого применения в стационарной наркологии. В условиях, когда почти 75% пациентов выбывают из лечебной среды, применение

к ним критерия эффективного лечения, а именно отказа от психоактивных веществ (ПАВ), представляется сомнительным и даже стрессогенным для специалистов стационарного звена, которые в ситуации хронического профессионального стресса «профессиональной неуспешности» подвержены синдрому эмоционального выгорания. Данный факт неоднократно подтверждался результатами исследований [6, 8, 9]. Эффективное лечение должно быть ориентировано на совокупность разнообразных потребностей индивида, а не только на потребление им наркотиков, что является одним из основных принципов лечения наркологических больных, принятых за рубежом [17]. Уменьшение частоты рискованных форм поведения и криминальной активности, улучшение состояния здоровья, уменьшение проявлений конфликтности и увеличение занятости предлагаются современными исследователями в качестве дифференцированных показателей, повышающих потенциальную возможность достижения полной ремиссии у пациентов наркологического профиля [3, 4, 11].

Целью нашего исследования, исходя из существующей ситуации, было изучение приверженности стационарному лечению пациентов с учетом продолжительности их пребывания на стационарной койке, числа и длительности прошлых госпитализаций, а также факторов, связанных с симптоматическим и функциональным статусом пациента, идентифицированных с помощью показателей опросника «Профиль аддикции» (The Maudsley Addiction Profile – MAP) (Marsden J. et al., 1998) [15].

Исследование проводилось во 2-м отделении СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница», в котором, помимо восстановительного лечения, пациенты имеют возможность пройти программу реабилитации. В исследовании принимали участие 183 пациента мужского пола в возрасте от 19 до 64 лет (средний возраст – $33,03 \pm 0,42$ года), страдавшие опиоидной наркоманией. Средняя длительность потребления психоактивных веществ составляла $14,11 \pm 0,48$, инъекционных наркотиков – $12,22 \pm 0,45$ (от 0,5 до 30 лет). Ремиссий в течение времени потребления было от 0 до 30 раз (в среднем – $5,14 \pm 0,42$), их максимальная продолжительность – от 0 до 14 лет (в среднем – $2,73 \pm 0,18$), общее время ремиссии – от 0 до 14 лет (в среднем – $4,12 \pm 0,25$). Среди наркозависимых пациентов было 43% ВИЧ-инфицированных, у 93,4% имелся хронический вирусный гепатит С и у 9,3% – хронический вирусный гепатит В. Впервые госпитализированы

1,1% (2) пациента. Среднее число госпитализаций в наркологический стационар за год, включая настоящую госпитализацию, составило $2,6 \pm 1,49$ (от 1 до 10).

Настоящее исследование включало анализ историй болезни и оценку степени наркотизации по специально разработанной анкете. В качестве инструмента количественной оценки клинических и социально-психологических характеристик состояния наркозависимых пациентов использовался адаптированный М.Л. Зобиным (2008) вариант «Профиль аддикции» [2, 4]. Данная методика отличается достоверной валидностью и надежностью, подтвержденной результатами неоднократных специальных исследований, проведенных в разных странах [10, 13–16]. Опросник состоит из 60 вопросов, которые охватывают четыре проблемные области, связанные с наркотизацией: употребление психоактивных веществ (В), поведение, связанное с риском для здоровья (С), состояние здоровья (Д) и личностно-социальная адаптированность (Е). Методика позволяет оценивать поведение в течение 30 предшествующих опросу дней.

Критериями включения в исследование больных, находившихся в данный момент в отделении, были наличие трех и более признаков зависимости от опиоидов, указанных в МКБ-10, с длительностью проявлений не менее одного месяца, а также добровольность и доступность для данного участия. Больных с признаками сопутствующих психических и поведенческих расстройств, не связанных с синдромом зависимости от опиоидов, а также с зависимостью от других (за исключением алкоголя и никотина) ПАВ неопиоидной группы, к участию не привлекали. 27% человек от исследования отказались.

Заполнение опросника происходило в разные дни пребывания пациента в стационаре. До 7-го дня ответы на все необходимые вопросы дали 108 человек, с 8 по 14-й день – 30, с 15 по 30-й – 19, с 30 по 108-й – 19. На первом этапе мы проводили исследование всей выборки пациентов ($n=183$). С учетом закономерного снижения некоторых показателей опросника «Профиля аддикции» в связи с изоляцией в стационаре на втором этапе исследования мы изучали показатели в группе пациентов, заполнивших опросник в первые 10 дней госпитализации ($n=130$).

Статистическая обработка данных производилась по программе SPSS-20 с использованием частот, описательной статистики, параметрических и непараметрических критериев для независимых выборок: Н-критерий Крускала–Уоллиса

для К-независимых выборок, U-критерий Манна–Уитни для двух независимых выборок; корреляционного анализа с помощью рангового коэффициента корреляции Спирмена. Различия рассматривались как статистически значимые при $p < 0,05$.

было меньшее число койко-дней, чем у пациентов с большей продолжительностью настоящей госпитализации. У пациентов, выбравших реабилитацию, в предшествовавшем периоде наблюдалась бóльшая продолжительность стационарного лечения. Наше наблюдение согласуется с

Таблица 1

Средняя продолжительность койко-дней предшествовавших госпитализаций и среднее число предыдущих госпитализаций в группах по числу койко-дней настоящей госпитализации

Группы по КД настоящей госпитализации	Среднее число койко-дней предыдущих госпитализаций за год в наркологический стационар	p	Среднее число госпитализаций за год в наркологический стационар
1-я (0–7дней) n=41	10,54±1,818	$p_{1-4} < 0,01$	2,68±0,222
2-я (8–14) n=58	13,17±3,989	$p_{2-3} < 0,05$	2,34±0,185
3-я (15–30) n=34	21,47±4,784	$p_{2-3} < 0,05$	2,74±0,251
4-я (> 30) n=50	62,6±12,196	$p_{1-4} < 0,05$ $p_{2-4} < 0,001$	2,74±2,32

10,54±1,818 – самое низкое среднее значение по группам.

Первый этап работы предусматривал анализ показателей всей выборки пациентов. Предполагая, что продолжительность и число предшествовавших госпитализаций могут определять число койко-дней пребывания в стационаре в настоящее время, мы решили провести сравнение групп пациентов, имевших различную продолжительность настоящей госпитализации. Среднее число таких койко-дней среди пациентов всей выборки (n=183) составило 34,37±3,07 – этот результат был достигнут за счет лиц, выбравших реабилитацию. Среднее количество предыдущих госпитализаций за год составило 1,47±1,22. На первой неделе было выписано 22,4% (41чел.) пациентов, на второй – 31,7% (58), на третьей и четвертой – 18,6% (34), на сроке более месяца – 27,3% (50). Таким образом, были выделены 4 группы по числу койко-дней настоящей госпитализации (КД). С помощью H-критерия Крускала–Уоллиса, применяемого для сравнения более двух независимых выборок по выраженности переменных, мы сопоставляли эти группы по числу и продолжительности койко-дней госпитализаций за предшествовавший год. Получены достоверные различия только по продолжительности койко-дней предыдущих госпитализаций за год. По частоте госпитализаций достоверных различий в группах с разным числом койко-дней в период настоящей госпитализации не обнаружено. Дальнейший анализ с помощью U-критерия Манна–Уитни дал следующие результаты (табл. 1).

Как видно из табл. 1, пациенты 1-й и 2-й групп по числу дней, проведенных в стационаре в прошлом, имели схожие показатели – у них

данными, приведенными в обзоре А.Л. Каткова: сроки и качество ремиссий прямо зависят от продолжительности предшествовавшего лечения [10].

Динамика показателей «Профиля аддикции» в течение госпитализации выявила их достоверные различия у больных, заполнявших опросник в разные сроки своего пребывания в отделении. По данному критерию было создано четыре группы: 1-я (108 чел.) – пациенты, заполнившие методику на первой неделе пребывания в стационаре, 2-я (30) – на второй, 3-я (19) – с 15 по 30-й день, 4-я (26) – с 31 по 120-й день. С помощью непараметрических критериев Крускала–Уоллиса и Манна–Уитни между группами получены достоверные различия (табл. 2).

Исходя из данных табл. 2, мы можем сделать следующие выводы:

1. Пациенты в течение первой и второй недель пребывания значимо больше и чаще употребляли героин, чем пациенты на третьей неделе госпитализации. Лица, находившиеся длительный срок, не имели опыта потребления данного ПАВ в течение последнего месяца.

2. Значимое снижение количества дней инъекционного потребления наркотиков происходит после второй недели пребывания пациента в отделении и продолжает значимо снижаться после первого месяца.

3. Риск незащищенного секса значимо ниже в группе длительного пребывания по сравнению с таковым у лиц в первые две недели госпитализации.

4. Интенсивность общения с близкими и родными достоверно снижается начиная со второй

Средние значения показателей опросника «Профиль аддикции»
в группах пациентов с разным сроком госпитализации

Показатели профиля аддикции	Различия между группами	Группы пациентов			
		1-я	2-я	3-я	4-я
В2. Употребление опиоидов	1-3*** 2-3*	49,943±4,385 n=78	68,434±37,532 n=21	20,48±11,921 n=11	-
С1. Всего дней инъекционного употребления за последние 30 дней	1-3*** 1-4*** 2-3*** 2-4*** 3-4***	24,25±0,896 n=108	21,80±1,855 n=30	8,68±2,234 n=19	0,31±0,308 n=26
С2. Количество инъекций в среднем в течение дня за последние 30 дней	1-3* 1-4*** 2-4*** 3-4***	2,41±0,131 n=108	2,13±0,287 n=30	1,58±0,327 n=19	0,23±0,231 n=26
С4. Число лиц, с которыми был сексуальный контакт без презерватива в течение последних 30 дней	1-4** 2-4*	0,65±1,111 n=108	0,60±0,207 n=30	0,32±0,134 n=19	0,35±0,200 n=26
С5. Общее число сексуальных контактов без презерватива за последние 30 дней.	1-4*** 2-4**	3,75±0,691 n=108	2,97±1,137 n=30	1,47±0,647 n=19	0,27±0,189 n=26
Е3. Количество дней общения с родственниками, включая личные и телефонные контакты	1-2* 1-3* 1-4*** 2-4* 3-4*	24,63±0,977 n=100	20,11±2,203 n=28	19,28±2,552 n=18	12,69±2,072 n=26
Е4. Число конфликтных дней с родственниками за последний месяц	1-4*** 2-4* 3-4*	7,31±1,059 n=100	4,71±1,505 n=28	2,39±0,772 n=18	0,35±0,156 n=26
Коэффициент конфликтности с родственниками	1-4***	31,325±4,051 n=100	25,068±5,512 n=28	14,73±5,716 n=18	13,69±6,524 n=26
Е10. Число правонарушений, совершенных в течение последних 30 дней	1-4*** 2-4** 3-4**	13,277±3,173 n=108	7,50±4,298 n=30	9,42±3,79 n=19	0,15±0,154 n=26

13,277±3,173 – наибольшее/наименьшее среднее значение по группам;

1-4 значимые различия между группами на уровне: *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

недели пребывания. Пациенты реабилитационной программы достоверно реже общаются со своими близкими, чем пациенты в первый месяц госпитализации, при этом число их конфликтных дней значительно меньше, чем в других группах. Коэффициент конфликтности имеет тенденцию снижения от группы к группе, однако достоверная разница наблюдается лишь между пациентами первой недели и участниками реабилитации.

5. Значимое снижение частоты правонарушений отмечалось лишь в группе реабилитации, тогда как пациенты в первый месяц пребывания в отделении имели схожие средние значения по криминальной активности.

Задача по выявлению связи между продолжительностью койко-дней настоящей госпитализации и показателями методики «Профиль аддикции» решалась с помощью непараметрической корреляции Спирмена. Полученные значения корреляции были классифицированы по ее прочности. Степень корреляции до 0,3 мы оценили как слабую, от 0,3 до 0,7 – как умеренную и от 0,7 до 1,0 – как высокую (табл. 3).

Как видно из табл. 3, получены только отрицательные связи, причем преимущественно слабой степени. Средняя степень отрицательной двусторонней связи была выявлена между продолжительностью койко-дней и количеством дней

Таблица 3

**Корреляции между продолжительностью настоящей госпитализации (койко-день)
и показателями методики «Профиль аддикции»**

Показатели «Профиля аддикции»	r_0	p
B1. Употребление алкоголя	- 0,267	<0,01
C1. Всего дней инъекционного употребления за последние 30 дней	- 0,572	<0,000
C2. Количество инъекций в среднем в течение дня за последние 30 дней	-0,407	<0,001
C4. Число лиц, с которыми был сексуальный контакт без презерватива в течение последних 30 дней	-0,239	<0,001
C5. Общее число сексуальных контактов без презерватива за последние 30 дней.	-0,268	<0,000
E3. Число дней общения с родственниками, включая личные и телефонные контакты	-0,333	<0,000
E4. Число конфликтных дней с родственниками за последний месяц	-0,201	<0,01
E5. Число дней общения с друзьями за последний месяц	-0,203	<0,05
E10. Правонарушения, совершенные в течение последних 30 дней	-0,171	<0,05

Таблица 4

**Среднее число дней общения с родственниками и среднее число формальных «безработных»
дней в группах пациентов с разным числом предшествующих госпитализаций**

Группы по числу предыдущих госпитализаций за год	Среднее значение дней общения с родственниками (E3.)	Среднее число «безработных» дней (E9.)
1 (0 госпитализаций)	23,31±1,564 n=39 1-2*	4,4±1,635 n=42 1-3*
2 (одна)	19,97±2,295 n=29 2-1*	4,03±1,720 n=32 2-3*
3 (2)	28,47±1,529 n=17 3-2**	10,72±3,341 n=18
4 (≥ 3)	25,63±1,567 n=35 4-2*	3,27±1,551 n=37 4-3*

19,97±2,295 – самое низкое/высокое среднее значение по группам; **1-2*** – достоверные различия между группами на уровне значимости $p<0,05$.

употребления, количеством инъекций в течение дня и интенсивностью общения с близкими. Слабая степень отрицательной связи установлена с количеством потребляемого алкоголя, числом лиц и частотой сексуальных контактов, количеством конфликтов с родственниками и дней общения с друзьями, с криминальной активностью пациента. С другими показателями профиля аддикции связей не обнаружено.

Таким образом, чем длительнее госпитализация, тем меньше риск потребления алкоголя (по другим ПАВ достоверных отличий не получено) и случаев рискованного поведения в плане собственного здоровья (заражение ВИЧ и другими инфекциями), меньше количество правонарушений. Однако длительное пребывание на стационарной койке сопровождается снижением интенсивности общения с родственниками и друзьями, а также уменьшением числа конфликтов с родными и близкими, что, возможно, объясняется режимом дня отделения, ограничивающим личный и телефонный контакты с друзьями и родственниками.

Рассматривая число прошлых госпитализаций как фактор, обеспечивающий качество жизни пациента с наркотической зависимостью, мы решили проследить наличие различий в показателях методики «Профиль аддикции» в группах

с разной частотой госпитализаций за предшествовавший год (табл. 4). Проанализировано 130 опросников, заполненных до 10-го дня настоящей госпитализации (опросник заполнялся в среднем на 5,1±0,2-й день). Получены достоверные различия средних показателей только по разделу личностно-социальной адаптированности – количеству дней общения с родственниками (E3) и числу дней в течение месяца, когда пациент формально мог быть признан безработным (E9).

Дней общения с родственниками у пациентов, не имевших госпитализаций за предыдущий год, было в среднем значимо больше, чем у тех, кого госпитализировали один раз. Именно эти пациенты меньше всех общались со своими близкими, значимо отличаясь от лиц с двумя и более случаями госпитализации. Можно предположить, что пациенты, не обращавшиеся за наркологической помощью, имели достаточный для них уровень поддержки со стороны близких. Редкие госпитализации сопровождались низкими значениями социальной поддержки, повторные – укреплением взаимодействия с родственниками.

Самое высокое формальное среднее число «дней по безработице» оказалось у пациентов с двумя повторными госпитализациями, что было значимо больше ($p<0,05$), чем у лиц, не имевших

госпитализаций или с одной, тремя и более случаями стационарирования. Возможно, пациенты с повторными госпитализациями чаще, чем другие, стремились сохранить статус работающих.

На той же выборке пациентов ($n=130$) мы решили изучить возможность прогнозирования длительности пребывания пациента на наркологической койке исходя из изначальных показателей профиля аддикции. Были сформированы четыре группы по количеству койко-дней, проведенных в отделении. В первую группу вошли пациенты, находившиеся в отделении неделю и меньше ($n=41$), во вторую ($n=57$) – 8–14 дней, в третью ($n=21$) – 15–30, в четвертую ($n=11$) – более 30. С помощью H -критерия Крускала–Уоллиса и последующего анализа с использованием U -критерия Манна–Уитни получены следующие достоверные различия:

1. По показателю физического функционирования пациенты, находившиеся в стационаре в настоящее время от двух недель до месяца, имели достоверно ($p<0,01$) более выраженные симптомы физического дискомфорта, чем со сроком до 14 койко-дней – $18,54\pm 8,89$ против $10,46\pm 7,95$. Следует отметить, что максимальное число, указывавшее на выраженный физический и/или психический дискомфорт, равнялось 40, отсутствие дискомфорта – 0.

2. По своему изначальному психическому дискомфорту пациенты третьей группы достоверно отличались от трех других групп: их средний показатель психического дискомфорта ($22,23\pm 7,47$) превышал таковой в первой группе ($15,9\pm 6,04$; $p<0,01$), во второй ($12,58\pm 6,85$; $p<0,001$) и в четвертой ($14,43\pm 6,83$; $p<0,05$).

3. По другим показателям опросника «Профиль аддикции» группы с разным сроком настоящей госпитализации достоверных различий не имели.

Пациент с изначально тяжелым физическим и психическим состоянием задерживается в стационаре только на срок от 2 и более недель, не считая для себя целесообразным пройти курс реабилитации, т.е. тяжесть состояния больного не является определяющим фактором для его пребывания в стационаре сроком свыше 30 дней и решения принять участие в программе реабилитации. Лишь четверть из числа поступивших в отделение пациентов с опиоидной наркоманией остается в лечебной среде более трех недель. Пациенты, выбравшие реабилитацию, имеют большую продолжительность предыдущих госпитализаций, чем те, которые выбывают из стационара

в первый месяц. По числу предыдущих госпитализаций пациенты с разным сроком настоящей госпитализации достоверно не различаются, что позволяет предположить, что не количество, а продолжительность предшествовавших госпитализаций способствует решению пациента длительное время оставаться в стационаре.

В течение первых двух недель госпитализации достоверных изменений в показателях методики «Профиль аддикции» не происходит, что ограничивает ее использование в качестве инструмента для оценки эффективности лечения пациентов стационарного этапа с коротким сроком госпитализации. Достоверное снижение показателей «Профиль аддикции», отражающих рискованное поведение, происходит начиная с третьей недели пребывания в отделении, а криминальная активность достоверно снижается лишь через месяц. Интенсивность контактов с родными и близкими с течением времени госпитализации достоверно ослабевает, но уменьшается и конфликтность в отношениях с ними, что обеспечивает иное качество межличностного взаимодействия.

Пациенты с однократной госпитализацией за год имеют самые низкие показатели общения с близкими, что, возможно, могло бы быть одним из факторов, способствующих их обращению в стационар. С увеличением числа госпитализаций нарастает интенсивность общения, а с продолжительностью настоящей госпитализации меняется и ее качество. По-видимому, пациенты, которые не обращаются за специализированной наркологической помощью, имеют удовлетворяющую их интенсивность взаимодействия с поддерживающей средой и соответственно качество жизни на необходимом для них уровне. Повторные госпитализации в наркологическое отделение сопровождаются высоким показателем формальных дней, когда пациент мог бы считать себя безработным, что может быть знаком того, что пациент с их помощью стремится сохранить рабочий статус, поддерживая свое качество жизни. Лица с изначально высокими значениями физического и психического дискомфорта задерживаются в отделении более двух недель, но данный фактор не определяет их выбор остаться в реабилитационной программе. Можно предположить, что продолжительность госпитализаций способствует формированию приверженности к реабилитации, а частота их – поддержанию качества жизни, удовлетворяющего пациентов, без полного отказа от ПАВ, с сохранением физического и социального функционирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агибалова Т.В., Тучин П.В. Оценка эффективности применения альянс-центрированной психотерапии в процессе стационарного лечения больных опиоидной наркоманией // Вопросы наркологии. 2013. № 6. С. 161–175.
2. Городнова М.Ю. Актуальные вопросы психологии приверженности к лечению у наркологических больных и психологии лечебной среды [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 5 (16). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 01.12.2012.).
3. Зобин М.Л. Многофакторная оценка результатов лечения опиоидной зависимости: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. 24 с.
4. Зобин М.Л., Егоров А.Ю. Современные подходы к оценке эффективности лечения опиоидной зависимости // «Психиатрия и наркология в XXI веке». Сб. научных статей под ред. А.Г. Софронова и А.Ю. Егорова. СПб: Артиком плюс, 2008. С. 66–95.
5. Зобин М.Л., Яровой В.С. Коморбидные невротические расстройства у больных опиоидной зависимостью // Журнал неврологии и психиатрии. 2012. №5, вып. 2. С. 12–16.
6. Козин В.А., Агибалова Т.В. Синдром «эмоционального выгорания»: происхождение, теории, профилактика, перспективы изучения // Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева. 2013. Т. XLV, вып. 2. С. 44–52.
7. Крупицкий Е.М., Илюк Р.Д., Торбан М.Н., Берно-Беллекур И.В., Сурмиевич П.Е., Незнанов Н.Г. Динамическая многофакторная оценка клинических и психосоциальных характеристик у больных с опиоидной зависимостью, проходящих реабилитационное лечение // Вопросы наркологии. 2012. №9. С. 69–77.
8. Лукьянов В.В. Защитно-совладающее поведение и синдром «эмоционального выгорания» у врачей наркологов, их коррекция и влияние на эффективность лечения больных: Дисс. ... д-ра мед. наук. СПб, 2007. 305с.
9. Малыгин В.Л., Пахтусова Е.Е., Шевченко Д.В., Искандирова А.Б. Синдром эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер наркологических учреждений. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 5. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 10.09.2013.).
10. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ (обзор современных подходов и технологий) [Под ред. А.Л. Каткова]. Павлодар, 2011. 397 с.
11. Менделевич В.Д., Зобин М.Л. Аддиктивное влечение. М.: МЕДпрессинформ, 2012. 264 с.
12. Менделевич В.Д. Расстройства зависимого поведения (к постановке проблемы) // Российский психиатрический журнала. 2003. №1. С. 5–9.
13. Bacskaï E., S. Rozca, Gerevich J. Clinical experiences with the Maudsley Addiction Profile (MAP) among heroin addicts // *Orv. Hetil.* 2005. Vol.146, № 31. P. 1635–1639.
14. Marsden J., Gossop M., Stewart D. et al. The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome // *Addiction.* 1998. Vol. 93, № 12. P. 1857–1867.
15. Marsden J., Gossop M., Stewart D. et al. The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome // *Addiction.* 1998. Vol. 93, № 12, P. 1857–1867.14.
16. Marsden J., Nizzoli U., Corbelli C. et al. New European instruments for treatment outcome research: reliability of

the Maudsley Addiction Profile and treatment perceptions questionnaire in Italy, Spain and Portugal // *Eur Addict Res.* 2000. Vol. 6, No 3, P. 115–122.15.

17. NIDA: тринадцать принципов эффективного лечения наркомании // Вопросы наркологии. 2000. №1. С. 29–30.

REFERENCES

1. Agibalova T.V., Tuchin P.V. *Voprosy narkologii.* 2013. № 6. pp. 161–175. (in Russian)
2. Gorodnova M.Yu. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn.* 2012. № 5 (16). URL: <http://medpsy.ru>. (in Russian)
3. Zobin M.L. Extended abstract of PhD dissertation (Medicine). St.Petersburg: SPbNIPNI im. V.M. Bekhtereva, 2009. 24 p. (in Russian)
4. Zobin M.L., Egorov A.Yu. *«Psikhiatriya i narkologiya v XXI veke». Sb. nauchnykh statei* [A.G. Sofronov, A.Yu. Egorov ed.]. St.Petersburg: Artikom plyus, 2008. pp. 66–95. (in Russian)
5. Zobin M.L., Yarovoï V.S. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii.* 2012. №5; 2. pp. 12–16. (in Russian)
6. Kozin V.A., Agibalova T.V. *Nevrologicheskii vestnik im. V.M. Bekhtereva.* 2013. Vol. XLV, No. 2. pp. 44–52. (in Russian)
7. Krupitskii E.M., Ilyuk R.D., Torban M.N., Berno-Bellekur I.V., Surmievich P.E., Neznanov N.G. *Voprosy narkologii.* 2012. №9. pp. 69–77. (in Russian)
8. Luk`yanov V.V. *MD dissertation (Medicine).* St.Petersburg, 2007. 305 p. (in Russian)
9. Malygin V.L., Pakhtusova E.E., Shevchenko D.V., Iskandirova A.B. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn.* 2011. No 5. URL: <http://medpsy.ru>. (in Russian)
10. *Mediko-sotsial'naya rehabilitatsiya zavisimykh ot psikhoaktivnykh veshchestv (obzor sovremennykh podkhodov i tekhnologii)* [A.L. Katkov ed.]. Pavlodar, 2011. 397 p. (in Russian)
11. Mendelevich V.D., Zobin M.L. *Addiktivnoe vlechenie.* Moscow: MEDpressinform, 2012. 264 p. (in Russian)
12. Mendelevich V.D. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal.* 2003. №1. pp. 5–9. (in Russian)
13. Bacskaï E., S. Rozca, Gerevich J. Clinical experiences with the Maudsley Addiction Profile (MAP) among heroin addicts. *Orv. Hetil.* 2005. Vol.146, № 31. pp. 1635–1639.
14. Marsden J., Gossop M., Stewart D. et al. The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction.* 1998. Vol. 93, No 12. pp. 1857–1867.
15. Marsden J., Gossop M., Stewart D. et al. The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction.* 1998. Vol. 93, No 12, pp. 1857–1867.14.
16. Marsden J., Nizzoli U., Corbelli C. et al. New European instruments for treatment outcome research: reliability of the Maudsley Addiction Profile and treatment perceptions questionnaire in Italy, Spain and Portugal. *Eur Addict Res.* 2000. Vol. 6, No 3, pp. 115–122.15.
17. NIDA: trinadtsat' printsipov effektivnogo lecheniya narkomanii. *Voprosy narkologii.* 2000. №1. pp. 29–30. (in Russian)

Поступила 21.02.14.