

## Опросник «Опиоидная анозогнозия» — новый тестовый инструмент для оценки анозогнозии у больных с опиоидной зависимостью

Илюк Р.Д.<sup>1</sup>, Грановская Е.А.<sup>1,2</sup>, Бочаров В.В.<sup>1,2</sup>, Громыко Д.И.<sup>1</sup>, Нечаева А.И.<sup>1</sup>, Пушина В.В.<sup>3</sup>, Вукс А.Я.<sup>1</sup>, Крупицкий Е.М.<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия

<sup>3</sup>Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

<sup>4</sup>Институт фармакологии им. А.В. Вальдмана ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Россия

### Оригинальная статья

**Резюме.** Степень осознания пациентом своего болезненного состояния при опиоидной зависимости представляет собой ключевой аспект, оказывающий влияние на успешность терапевтических и профилактических вмешательств. Одним из препятствий для изучения опиоидной анозогнозии является нехватка надежных, валидных и общепринятых средств измерения. Целью настоящей работы являлась разработка, валидация и стандартизация самоотчетного опросника для быстрой и комплексной оценки опиоидной анозогнозии. Материал и методы. В исследование включено 92 пациента с синдромом зависимости от опиоидов (F11.20; F11.21). Средний возраст обследуемых составил 39,95 (SD = 4,7) года, длительность опиоидной зависимости — 11,3 (SD = 7,0) года, средний возраст формирования зависимости — 14,0 (SD = 6,0) года. Результаты. Разработана структура опросника, определены утверждения для семи субшкал: неинформированность, непризнание симптомов заболевания, непризнание заболевания, непризнание последствий заболевания, эмоциональное непринятие заболевания, несогласие с лечением, непринятие трезвости.

Проанализированы психометрические свойства опросника, включая внешнекритериальную валидность, тест-ретест надежность, внутреннюю согласованность. Проведена процедура стандартизации опросника. Определены средние эмпирические значения для каждой субшкалы. Установлено, что у опиоидзависимых отмечался преимущественно средний и повышенный уровни анозогнозии. Выводы. Разработанный для оценки анозогнозии при опиоидной зависимости тестовый инструмент представляет собой новый валидизированный и стандартизированный клинико-психологический диагностический опросник. Данная методика позволяет осуществлять комплексную диагностику уровня анозогнозии по отдельным её компонентам и формировать профиль опиоидной анозогнозии. Можно констатировать, что анозогнозия представляет собой сложный многомерный феномен, являющийся одним из характерных проявлений опиоидной зависимости.

**Ключевые слова:** опиоидная зависимость, опиоидная анозогнозия, шкалы психометрической оценки, некритичность, отношение к болезни.

### Информация об авторах:

Илюк Руслан Дмитриевич — e-mail: [ruslan.iluk@mail.ru](mailto:ruslan.iluk@mail.ru); <https://orcid.org/0000-0002-6700-0609>

Грановская Елизавета Александровна\* — e-mail: [elizavetaganovskaya@gmail.com](mailto:elizavetaganovskaya@gmail.com); <https://orcid.org/0000-0001-6294-681X>

Бочаров Виктор Викторович — e-mail: [bochvikvik@gmail.com](mailto:bochvikvik@gmail.com); <https://orcid.org/0000-0003-0874-4576>

Громыко Дмитрий Иванович — e-mail: [dmgrom@list.ru](mailto:dmgrom@list.ru); <https://orcid.org/0000-0002-3221-3161>

Нечаева Анастасия Игоревна — e-mail: [netchaeva.nastya@yandex.ru](mailto:netchaeva.nastya@yandex.ru); <https://orcid.org/0000-0002-2531-8707>

Пушина Валентина Валентиновна — e-mail: [vpushina@rambler.ru](mailto:vpushina@rambler.ru); <https://orcid.org/0009-0008-1047-488X>

Вукс Александр Янович — e-mail: [heiligensee@ro.ru](mailto:heiligensee@ro.ru); <https://orcid.org/0000-0002-6700-0609>

Крупицкий Евгений Михайлович — e-mail: [kruenator@gmail.com](mailto:kruenator@gmail.com); <https://orcid.org/0000-0002-0529-4525>

**Как цитировать:** Илюк Р.Д., Грановская Е.А., Бочаров В.В., Громыко Д.И., Нечаева А.И., Пушина В.В., Вукс А.Я., Крупицкий Е.М. Опросник «Опиоидная анозогнозия» — новый тестовый инструмент для оценки анозогнозии у больных с опиоидной зависимостью. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:1:53-66. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-949>

**Конфликт интересов:** Бочаров В.В. является членом редакционного совета, Е.М. Крупицкий — заместитель главного редактора.

## Questionnaire «Opioid anosognosia» is a new tool for assessment anosognosia in opioid-dependent patients

Ilyuk R.D.<sup>1</sup>, Granovskaya E.A.<sup>1,2</sup>, Bocharov V.V.<sup>1,2</sup>, Gromyko D.I.<sup>1</sup>, Nechaeva A.I.<sup>1</sup>, Pushina V.V.<sup>3</sup>, Wuks A.Ya.<sup>1</sup>, Krupitsky E.M.<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Russia

<sup>2</sup>Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Russia

<sup>3</sup>National Research Lobachevsky State University of Nizhny Novgorod, Russia

<sup>4</sup>I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University A.V. Valdman Institute of Pharmacology, Russia

### Research article

**Summary.** The absence of reliable, valid, and widely accepted measurement tools hinders the study of opioid anosognosia. The aim of this study: to develop, validate, and standardize a self-report questionnaire for the rapid and comprehensive assessment of opioid anosognosia. Statistical analyses confirmed the questionnaire's reliability and validity, showing its accuracy in assessing opioid anosognosia and enhancing comprehension of this complex phenomenon. **Materials and Methods.** The study included 92 patients with opioid dependence syndrome (F11.20; F11.21). The mean age of the participants was 39.95 (SD = 4.7) years, the duration of opioid dependence was 11.3 (SD = 7.0) years, and the mean age of onset of dependence was 14.0 (SD = 6.0) years. **Results.** The structure of the questionnaire was developed, and statements for seven subscales were defined: unawareness, denial of symptoms of the disease, overall disease denial, denial of the consequences of the disease, emotional non-acceptance of the disease, disagreement with treatment, and non-acceptance of sobriety.

The psychometric properties of the questionnaire were analyzed, including external criterion validity, test-retest reliability, and internal consistency. A standardization procedure for the questionnaire was conducted, and average empirical values were determined for each subscale. Opioid-dependent individuals were found to have moderate to elevated levels of anosognosia. **Conclusions.** The developed diagnostic tool for assessing anosognosia in opioid dependence is a novel, validated, and standardized clinical-psychological diagnostic questionnaire. This methodology enables a comprehensive diagnosis of the level of anosognosia across its individual components and the creation of a profile of opioid anosognosia. It can be noted that anosognosia is a complex multidimensional phenomenon, which is one of the characteristic manifestations of opioid dependence.

**Keywords:** opioid dependence, opioid anosognosia, psychometric assessment scale.

### Information about the authors:

Ruslan D. Ilyuk — e-mail: [ruslan.iluk@mail.ru](mailto:ruslan.iluk@mail.ru); <https://orcid.org/0000-0002-3221-3161>

Elizaveta A. Granovskaya\* — e-mail: [elizavetagranovskaya@gmail.com](mailto:elizavetagranovskaya@gmail.com); <https://orcid.org/0000-0001-6294-681X>

Victor V. Bocharov — e-mail: [bochvik@gmail.com](mailto:bochvik@gmail.com); <https://orcid.org/0000-0002-7141-162X>

Dmitry I. Gromyko — e-mail: [dmgrom@list.ru](mailto:dmgrom@list.ru); <https://orcid.org/0000-0002-3221-3161>

Anastasiia I. Nechaeva — e-mail: [netchaeva.nastya@yandex.ru](mailto:netchaeva.nastya@yandex.ru); <https://orcid.org/0000-0002-2531-8707>

Valentina V. Pushina — e-mail: [vpushina@rambler.ru](mailto:vpushina@rambler.ru); <https://orcid.org/0009-0008-1047-488X>

Alexandr Ya. Wuks — e-mail: [heiligensee@ro.ru](mailto:heiligensee@ro.ru); <https://orcid.org/0000-0002-6700-0609>

Evgeny M. Krupitsky — email: [kruenator@gmail.com](mailto:kruenator@gmail.com); <https://orcid.org/0000-0002-0529-4525>

**To cite this article:** Ilyuk RD, Granovskaya EA, Bocharov VV, Gromyko DI, Pushina VV, Wuks AY, Krupitsky EM. Questionnaire «Opioid anosognosia» is a new tool for assessment anosognosia in opioid-dependent patients. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:1:53-66. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-949> (In Russ.)

**Conflict of Interest:** Victor V. Bocharov is a member of the editorial board. Evgeny M. Krupitsky is a deputy chief editor.

**М**отивация пациента на отказ от употребления психоактивных веществ (ПАВ) является ключевым фактором, определяющим эффективность лечения. Однако, формированию мотивации к лечению мешает анозогнозия — неспособность наркозависимых в достаточной степени осознать своё болезненное состояние [9].

Опиоидная анозогнозия (ОА) — сложный феномен, состоящий из когнитивных, эмоциональных и мотивационно — поведенческих элементов, для изучения которых в отечественной практике применяются как экспериментально-психологические, так и клинические подходы [17].

В частности, когнитивный компонент подразумевает комплекс представлений о болезни, касающихся её различных аспектов (знания о ПАВ, симптомах наркозависимости, негативных последствиях употребления ПАВ, способах и методах лечебного воздействия и их эффективности, прогнозе наркомании и т.д.). Данный компонент формируется с помощью объективных (популярные и научные сведения о заболевании) и субъективных (личные представления, связанные с болезненными проявлениями) знаний. Аффективный компонент включает в себя совокупность эмоциональных процессов, которые возникают в результате заболевания действия болезненных симптомов (например, синдрома отмены). К мотивационно-поведенческому относятся внешние поведенческие реакции и их мотивационные составляющие. Наиболее значимыми из них являются установка на лечение и установка на полный отказ от употребления наркотиков [3].

Для исследования когнитивного компонента анозогнозии в наркологии применяются такие инструменты как: модифицированная методика Дембо-Рубинштейн [20], модифицированный личностный дифференциал [7], тест J. Petry [13]. Следует отметить, что последние две методики позволяют оценить в большей степени не когнитивный компонент анозогнозии, а информированность о заболевании.

К методам, используемым для изучения эмоционального компонента анозогнозии, относится цветовой тест отношений [12].

Мотивационно-поведенческий показатель исследуется посредством теста терапевтических установок [3], методики экспресс-оценки установки на трезвость при алкоголизме [5].

Для определения реакции личности на наркологическое заболевание экспериментаторы обращаются к тесту «Тип отношения к болезни» [1; 6; 11]. Все три компонента анозогнозии оцениваются с помощью Репертуарных решеток Келли [13; 18].

Применение инструментов, изначально не предназначенных для исследования ОА, позволяет лишь косвенно отражать выраженность анозогнозии.

Кроме того, использование большого количества методов, каждый из которых направлен на верификацию определенного компонента анозогнозии, требует как от исследуемого, так и экспериментатора значительных временных затрат.

За рубежом разработан ряд методик, позволяющих исследовать отношение пациентов к своему психическому заболеванию, например: опросник «Инсайт и отношение к лечению» (Insight and Treatment Attitudes Questionnaire) [24], шкала для оценки отсутствия осознания психического расстройства (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) [25], опросник для оценки инсайта (Schedule for the Assessment of Insight) [23]. Для выявления отношения больного к своему наркологическому заболеванию обнаружен только шкала осведомленности и инсайта об употреблении психоактивных веществ (Substance Use Awareness and Insight Scale — SAS) [22]. Инструмент позволяет измерять уровень знаний пациента о своём аддиктивном расстройстве и в основном сфокусирован на оценке осведомленности, знания о негативных последствиях заболевания, необходимости лечения, а также понимания того, что ряд физических или психических симптомов связаны с зависимостью. Вместе с тем данные о надежности шкалы SAS носят предварительный характер, а информация о стандартизации инструмента отсутствует.

Таким образом, как для отечественной, так и для зарубежной наркологии по-прежнему остаётся нерешённым вопрос о способах исследования ОА. На сегодняшний день важной задачей является создание методики, основанной на самоотчете больных, которая позволит получить комплексную оценку ОА.

**Целью** настоящей работы явилась разработка, валидизация и стандартизация опросника для квалифицированной экспресс-оценки ОА, учитывающей выраженность отдельных компонентов исследуемого феномена.

**Дизайн исследования:** кросс-секционное, экспериментально-психологические, аналитическое.

**Объект исследования.** В исследование включено 92 пациента с диагнозом «Синдром зависимости от опиоидов» (F11.20; F11.21), прошедших детоксикацию и находившихся на стационарном лечении. Больные обследованы в ФГБУ НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева Минздрава России после подписания добровольного информированного согласия. Исследование одобрено локальным этическим комитетом (протокол №4 от 18.04.2013).

**Критерии включения.** В исследование включались пациенты с синдромом зависимости от опиоидов (F11.20; F11.21) в возрасте 18–60 лет, подписавшие информированное согласие на участие в исследовании и воздерживавшиеся от употребления наркотика не менее 7 дней перед началом исследования.

**Критерии невключения.** Выраженные когнитивные нарушения; психотическое состояние с диагнозами: шизофрения, эпилепсия, биполярное аффективное расстройство; декомпенсированная соматическая и неврологическая патология; наличие зависимости от других ПАВ (кроме никотина и кофеина). Не включались в исследование пациенты, находившиеся в острой фазе синдрома отмены опиоидов, принимающие психотропные

средства или ПАВ, способные повлиять на оценки в исследовании, а также пациенты, получающие психотерапию.

**Этапы исследования:** на первом этапе проводились теоретическое обоснование и разработка структуры, а также подбор утверждений для субшкал опросника «Опиоидная анозогнозия», на втором этапе — клиническое и психометрическое обследование пациентов, статистическая обработка полученных данных, анализ психометрических свойств опросника, включая внешнекритериальную валидность, тест-ретест надежность, внутреннюю согласованность. Также выполнялась процедура стандартизации опросника и определялись средние эмпирические значения для каждой субшкалы.

### Особенности конструирования опросника

Разработка структуры опросника «Опиоидная анозогнозия». Теоретической основой разработки опросника явились концепция «отношений» В. Н. Мясищева и представления X.F. Amador и A.S. David о структуре отношения больного к психическому заболеванию.

Теория отношений В. Н. Мясищева предполагает рассмотрение любого отношения (в том числе и к болезни) в трёх смысловых ракурсах: когнитивном, эмоциональном и мотивационном. Предлагаемые в рамках клинической парадигмы описания могут касаться как анозогнозии в целом, так и её отдельных компонентов — когнитивного, эмоционального, мотивационно-поведенческого [17]. Когнитивный компонент содержит знания об объекте и субъекте отношения и отражает степень его осознания; эмоциональный — степень позитивности или негативности отношения; мотивационно-поведенческий — побудительные силы и определенные способы реагирования на объект отношения, основанные на знании о субъекте, объекте и эмоциональном отношении к нему [14; 15; 16].

Согласно концепции A.S. David [21], отношение больного к своему психическому заболеванию включает в себя: 1) способность рассматривать свои психические симптомы как патологические; 2) признание у себя болезненного состояния; 3) согласие с лечением. Данный подход получил развитие в работах X.F. Amador [19], который добавил такой компонент как «необходимость понимания связи между изменением социального функционирования и психическим заболеванием».

Основываясь на вышеуказанных концепциях, мы разработали следующие субшкалы в рамках опросника ОА:

1. «Неинформированность» (НИ): может варьироваться от полного отсутствия знаний у больного о медицинских критериях опиоидной зависимости, сопровождающегося наличием разнообразных заблуждений относительно причин возникновения опиоидной зависимости и способов ее лечения, до информированности о медицинской модели наркологического заболевания.

2. «Непризнание симптомов заболевания» (НСЗ): непризнание двух основных симптомов опиоидной зависимости — утраты контроля за потреблением опиоидов и наличия проявлений синдрома отмены. НСЗ может быть выраженным, когда больной с уверенностью отрицает наличие абстинентных расстройств и утрату количественного контроля; невыраженным (отсутствующим) — когда пациент признаёт существование симптомов заболевания; промежуточным — в случае амбивалентности оценки в наличии данных признаков.

3. «Непризнание заболевания» (НЗ): колеблется от полного отрицания существования опиоидной зависимости больным до безоговорочного принятия факта заболевания. Промежуточный вариант регистрируется в случае признания себя больным в порядке частичных уступок врачу, окружающим.

4. «Непризнание последствий заболевания» (НПЗ): варьируется от выраженного нежелания или неспособности анализировать характер имеющихся проблем и их связи со злоупотреблением опиоидами до полного развёрнутого признания медицинских, психологических и социальных проблем, связанных с зависимостью. Промежуточный вариант фиксируется при недооценке больным существующих проблем и/или при попытках отнестись к создаваемым опиоидной зависимостью проблем за счёт других обстоятельств.

5. «Эмоциональное неприятие заболевания» (ЭНЗ) встречается в следующих вариантах: выраженное ЭНЗ, в случае безразличия или возмущения по отношению к своему наркологическому диагнозу или факту обращения за наркологической помощью; промежуточное — при наличии недостаточной озабоченности по поводу своего заболевания в целом или отдельных его аспектов; невыраженное (отсутствующее) — если больной высказывал адекватную обеспокоенность фактом заболевания и его последствиями.

6. «Несогласие с лечением» (НЛ): выраженное НЛ наблюдается при негативном отношении к лечению и отказе от предлагаемой терапии; промежуточное — если имеется пассивное отношение к лечению; невыраженное (отсутствующее) — когда фиксируется позитивное отношение к лечению.

7. «Непринятие трезвости» (НТ): выраженное НТ отмечается при отсутствии готовности вести трезвый образ жизни; промежуточное — в случаях высказывания необходимости трезвости, но без попыток решения связанных с этим проблем; невыраженное — если отмечается желание вести трезвую жизнь с пониманием сложности проблемы и готовностью ее решать.

Субшкалы № 1 (НИ), 2 (НС), 3 (НЗ), 4 (НПЗ) являются когнитивными; № 5 (ЭНЗ) — эмоциональной; № 6 (НЛ) и № 7 (НТ) — мотивационными.

Возможность выделения отдельных субшкал подтверждалась мнением экспертов и анализом употребления специфических терминов в клинической сфере для описания отношения больных к опиоидной зависимости (например, «социальная критика болезни» или «формальная критика» — т. Е. без соответствующей эмоциональной реакции).

**Подбор утверждений для субшкал опросника.**

В процессе разработки опросника были выявлены утверждения пациентов, которые подтверждают, по мнению экспертов-наркологов, наличие ОА. Также при подборе утверждений для теста был проведен содержательный анализ положений, связанных с анозогнозичным типом отношения (методика «Тип отношения к болезни») [4].

Утверждения опросника сформулированы в прямой и обратной личной грамматической форме. Они предлагают больному оценить наличие или отсутствие у себя различных проявлений опиоидной зависимости.

Особое внимание в процессе разработки утверждений уделялось следующим характеристикам: 1) отсутствие осуждающего характера (т.к. это может провоцировать усиление защитных тенденций при заполнении методики); 2) универсальность наиболее общих («обязательных») признаков опиоидной зависимости, что позволит применять данный опросник у больных с различными формами и типами течения опиоидной зависимости; 3) доступность (отсутствие необычной или профессиональной лексики).

**Методика применения опросника «Опиоидная анозогнозия».** Перед непосредственным заполнением опросника пациента информируют о целях проведения исследования. Время заполнения не ограничивается, в среднем составляет 20–25 минут. Исследование можно проводить одновременно с несколькими испытуемыми при условии, что они не будут совещаться друг с другом. Пациенту предлагается ответить, насколько он согласен с каждым из 34 приведенных утверждений. После заполнения испытуемым опросника проводится анализ полученных данных и их интерпретация. За каждый ответ «согласен» на прямой вопрос начисляется три балла, за ответ «не согласен» — один балл. За каждый ответ «согласен» на обратный вопрос начисляется один балл, за ответ «не согласен» — три балла. Ответы «не уверен» как на прямые, так и на обратные вопросы оцениваются в два балла. Распределение утверждений на прямые и обратные и по субшкалам проводится с помощью «ключей». Далее осуществляется интерпретация результатов в соответствии со шкальными значениями.

**Методы исследования**

Для обследования пациентов с зависимостью от опиоидов была разработана клиническая карта, которая включала в себя социально-демографические показатели, клинические параметры (длительность опиоидной зависимости, средний возраст формирования зависимости, уровень толерантности, количество предшествующих обращений за медицинской помощью, наличие и длительность ремиссий, инициатива лечения и т. д.).

Для изучения перекрестной валидности сконструированной методики использовались следующие инструменты:

*Визуальная аналоговая шкала патологического влечения к опиоидам (ВАШПВО)*, градуированная от 0 до 10 баллов, применялась для измерения субъективной оценки патологического влечения к опиоидам в момент обследования [17; 20].

*Визуальная аналоговая шкала атрибуции опиоидной зависимости (ВАШАОЗ)*, градуированная от 0 до 10 баллов, применялась для измерения субъективной оценки принадлежности обследуемого к категориям, находящимся в континууме «абсолютный трезвенник — опиоидзависимый» [17; 20].

*Шкала готовности к изменению и стремления к лечению (SOCRATES) (Miller W.R., Tonigan J.S., 1996)*, использовалась для определения степени готовности к изменениям поведения, связанного с употреблением ПАВ, у пациентов с синдромом зависимости от опиоидов по трем факторам — «Осознание», «Амбивалентность», «Действие» [8; 26].

**Статистический анализ.** Обработка исходной информации осуществлялась посредством программ «SPSS 19» и «Excel». Проверка нормальности распределения проводилась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Корреляционный анализ с использованием рангового коэффициента-Спирмена применялся для оценки дифференцирующей силы утверждений, внешнекритериальной и перекрестной валидности, тест-ретест надежности опросника и для изучения связи между значениями субшкал ОА и психологическими характеристиками больных. Проверка согласованности утверждений опросника между собой внутри каждой субшкалы проводилась с применением коэффициента  $\alpha$ -Кронбаха. Для определения нормальности распределения частот утверждений по каждой из субшкал осуществлялась процедура нормализации средним (Z-нормализация). Для количественных признаков приведены средние (M) и стандартное отклонение (SD), для качественных признаков — частоты в абсолютных числах и процентном соотношении от общего числа респондентов. При анализе результатов использовался уровень значимости  $p \leq 0,05$ .

**Результаты исследования**

**Общая характеристика исследуемой группы.** В исследование были включены 88 мужчин (95,65%) и 4 женщины (4,35%) с диагностированным синдромом зависимости от опиоидов (F11.20; F11.21), воздержавшиеся от употребления ПАВ в течение 11,55 дней (SD = 8,0). Средний возраст участников составил 39,95 года (SD = 4,7), средняя длительность синдрома зависимости от опиоидов — 14,0 года (SD = 6,0). Возраст начала развития синдрома зависимости от опиоидов оценивался в 20,91 лет (SD = 4,5). Среднее количество лечений за всю жизнь составило 2,25 (SD = 3,6), количество ремиссий — 5,31 (SD = 5,5), а суммарная длительность всех ремиссий — 56,94 месяцев (SD = 48,9).

На момент обследования женаты или замужем были 17 человек (18,48%), сожительствовали с партнёром 20 респондентов (21,74%), холосты 56 (60,87%). Официально трудоустроены 38 пациентов (41,3%), при этом полный рабочий день был у 21 респондента (22,82%); неполный рабочий день — у 17 обследованных (18,47%); случайные заработки — у 44 человек (47,82%); 10 респондентов (10,87%) проживали на попечении родственников и близких.

У 95,7 % пациентов был диагностирован гепатит С, у 18,5% — гепатит В, у 62% — ВИЧ-инфекция.

**Результаты, полученные с помощью визуально аналоговых шкал и шкалы готовности к изменению и стремления к лечению.** Анкетирование с использованием визуальных аналоговых шкал и SOCRATES было выполнено среди 47 (51,09%) из 92 обследованных пациентов.

Показатели «Визуально аналоговой шкалы патологического влечения к опиоидам» у 76,6% (n = 36) пациентов находились в диапазоне от 6 до 10 баллов (M = 7,7; SD = 1,5). Значения ВАШП-ВО у 23,4% (n = 11) опрошенных были менее 5 баллов (M = 3,1; SD = 0,75), что свидетельствует о склонности большинства пациентов признавать свою зависимость от опиоидов и идентифицировать себя как зависимых.

Данные «Визуально аналоговой шкалы атрибуции опиоидной зависимости»: у 36,17% (n = 17) пациентов количество набранных баллов было в диапазоне от 6 до 10 (M = 6,1; SD = 0,8), у 63,83% (n = 30) значения параметра влечения были менее 5 баллов (M = 4,3; SD = 1,4). Это указывает на отсутствие или низкую выраженность патологического влечения к опиоидам.

При изучении *степени готовности к изменениям поведения, связанного с употреблением наркотических веществ (SOCRATES)*, выявлено:

1. Субшкала «Осознание»: у 72,34% (n = 34) обследуемых количество набранных баллов находилось в диапазоне от 10 до 30 (M = 16,47; SD = 8,1). Эти показатели соответствуют низкому уровню осознания и указывают на тенденцию пациентов отрицать наличие проблем, связанных с наркотизацией, а также непринятие ими диагноза «зависимость» и отсутствие желания изменений. 17,02% (n = 8) респондентов набрали баллы, находящиеся в диапазоне от 40 до 50 (M = 45,0; SD = 5,3). У 10,64% (n = 5) показатель по данной субшкале был высоким и находился в диапазоне от 60 до 70 баллов (M = 68,0; SD = 4,4). Следовательно, обследуемые признавали проблемы, сопряженные с употреблением ПАВ, проявляли желание внести позитивные изменения в свою жизнь и осознавали, что вред от употребления ПАВ будет прогрессировать, если не наступят изменения.

2. Субшкала «Амбивалентность»: значения изучаемого параметра в диапазоне от 10 до 30 баллов (M = 28,2; SD = 3,9) наблюдалось у 36,17% (n = 17) испытуемых: респонденты задавались вопросом, является ли их употребление наркотиков проблемой, а выраженность их сомнений и

размышлений относительно своего употребления наркотических веществ была низкой. У 25,53% (n = 12) показатель амбивалентности находился в среднем диапазоне от 40 до 50 баллов (M = 44,0; SD = 5,1). 17,02% (n = 8) получили высокие значения по данной шкале — 60 баллов. У 21,28% (n = 10) отмечались очень высокие результаты от 80 до 90 баллов (M = 82,0; SD = 4,2), что указывает на наличие у пациентов выраженных противоречивых чувств по поводу своей наркотизации, в частности, насколько они сохраняют контроль над употреблением и причиняют ли тем самым боль другим людям.

3. Субшкала «Действие»: у 48,94% (n = 23) опрошенных баллы варьировались от 10 до 30 (M = 17,3; SD = 13,6), конкретные действия по изменению своего употребления наркотических веществ были слабо выражены, а вероятность их совершения в ближайшем будущем маловероятна. 19,15% (n = 9) продемонстрировали результаты, которые соответствовали среднему уровню: 40–50 баллов (M = 44,4; SD = 5,2). У 27,66% (n = 13) пациентов по данной субшкале выявлены высокие показатели от 60 до 70 баллов (M = 64,1; SD = 5,1), а 4,25% (n = 2), получили очень высокие оценки от 80 до 90 баллов (M = 85,0; SD = 0). Это указывает на то, что респонденты предпринимали активные усилия для того, чтобы изменить характер своего потребления наркотиков с целью предотвращения негативных последствий, вместе с тем им была необходима поддержка или помощь в реализации этих намерений.

**Результаты ИТЕМ-анализа опросника.** ИТЕМ-анализ включал в себя:

1) *Исследование трудности утверждений.* Установлено, что опросник «Опиоидная анозогнозия» содержит 1 сложное утверждение: №34 «Я могу справиться со своей болезнью без медицинской помощи», относящееся к субшкале «Несогласие с лечением». В данном вопросе респонденты по большей части выбрали ответ «Не уверен», что предполагает промежуточную степень согласия. Все остальные утверждения имеют средний уровень сложности.

2) *Определение дифференцирующей силы каждого утверждения:* выявлены статистически значимые положительные корреляционные связи между значениями каждого утверждения опросника и суммарным показателем соответствующей субшкалы. Закономерность продемонстрирована для субшкал «Неинформированность», «Непринятие симптомов заболевания», «Эмоциональное непринятие заболевания» (Табл.1). Только 4 утверждения: №10: «У меня пока нет серьезных причин полностью отказываться от наркотиков» (из субшкалы «Непринятие трезвости»); №11: «Из-за моей наркотизации не страдает никто из моих родных» (из субшкалы «Непринятие последствий заболевания»); №16: «Я не нуждаюсь в лечении по поводу наркомании» (из субшкалы «Несогласие с лечением»); №34: «Я могу справиться со своей болезнью без медицинской помощи» (из субшкалы

**Таблица 1. Корреляции между общим значением по субшкалам опросника «Опиоидная анозогнозия» и каждым из утверждений**  
**Table 1. Correlations between the total score on the «Opioid Anosognosia» Questionnaire subscales and each of the statements**

Номер субшкалы	1 (НИ)	2 (НС)	3 (НЗ)	4 (НПЗ)	5 (ЭНЗ)	6 (НЛ)	7 (НТ)
Диапазон корреляции между каждым пунктом субшкалы и общим значением по этой субшкале	0,34–0,70	0,90	0,51–0,75	(0) 0,75–0,83	0,24–0,83	(0) (0) 0,40–0,80	(0) 0,26– 0,84

Примечание. Коэффициент корреляции Спирмена  $p < 0,001$  для всех значений таблицы.

0 — нулевые корреляции по утверждениям №10; №11; №16; №34

Note: Spearman's correlation coefficient  $p < 0.001$  for all values in the table.

0 — zero correlations for statements №10; №11; №16; №34

**Таблица 2. Значения альфа Кронбаха для субшкал опросника «Опиоидная анозогнозия»**  
**Table 2. Cronbach's alpha values for subscales of the «Opioid Anosognosia» Questionnaire**

№ Субшкалы	1 (НИ)	2 (НС)	3 (НЗ)	4 (НПЗ)	5 (ЭНЗ)	6 (НЛ)	7 (НТ)
Альфа Кронбаха	0,81	0,82	0,85	0,77	0,75	0,83	0,77

Примечание. Коэффициент корреляции Спирмена  $p < 0,001$  для всех значений таблицы.

Note: Spearman's correlation coefficient  $p < 0.001$  for all table values.

**Таблица 3. Корреляции между общим значением по субшкалам опросника «Опиоидная анозогнозия» и экспертными оценками**  
**Table 3. Correlations between the total score on the «Opioid Anosognosia» Questionnaire subscales and expert ratings**

№ Субшкалы	1 (НИ)	2 (НС)	3 (НЗ)	4 (НПЗ)	5 (ЭНЗ)	6 (НЛ)	7 (НТ)
Коэффициент корреляции между результатами заполнения опросника и экспертными оценками	0,60	0,31	0,63	0,59	0,53	0,87	0,60

Примечание. Коэффициент корреляции Спирмена  $p < 0,001$  для всех значений таблицы.

Note: Spearman's correlation coefficient  $p < 0.001$  for all table values.

«Несогласие с лечением») имели нулевую корреляцию с общими значениями по соответствующей субшкале (все остальные утверждения статистически значимо коррелировали в диапазоне 0,24–0,90). Тем не менее данные утверждения не были исключены в связи с тем, что они могут иметь диагностическое значение при изучении других контингентов больных с опиоидной зависимостью. Каждое утверждение опросника имело больший коэффициент корреляции  $r$  с суммарным показателем по субшкале, в составе которой оно находилось, чем с шестью другими суммарными показателями по остальным шести субшкалам.

3) *Результаты изучения внутренней согласованности* (альфа Кронбаха). Значения коэффициента альфа Кронбаха для субшкал опросника представлены в Табл.2. Полученные данные свидетельствуют о том, что внутренняя согласованность субшкал разработанного опросника достаточна. Таким образом, субшкалы опросника имеют внутренне согласованную структуру, а результаты ИТЕМ-анализа могут быть оценены как удовлетворительные.

**Результаты исследования валидности и надежности опросника.** Были изучены следующие

виды валидности: *содержательная, внешнекритериальная и перекрестная.*

*Содержательная валидность.* Каждое утверждение опросника подвергалось анализу, цель которого состояла в том, чтобы соотнести его с теоретическим пониманием ОА. Выбор утверждений и распределение их по субшкалам производилось согласованно пятью высококвалифицированными врачами-наркологами, выступающими в качестве экспертов.

*Внешнекритериальная валидность.* Независимая экспертная оценка уровня анозогнозии проводилась двумя врачами-наркологами у каждого испытуемого по семи субшкалам в континууме от 1 до 3 баллов (невыраженная, умеренная, выраженная). В исследование включались только те обследуемые, относительно которых совпала независимая экспертная оценка по всем субшкалам.

Установлены статистически значимые положительные корреляционные связи между результатами заполнения опросника и экспертными оценками (Табл.3).

*Перекрестная валидность.* Сопоставление результатов заполнения методики «Опиоидная

анозогнозия» и данных, полученных с помощью ВАШАОЗ, ВАШПВО и SOCRATES показало, что с первыми двумя шкалами коррелируют все субшкалы опросника «Опиоидная анозогнозия», кроме субшкалы «Непринятие трезвости». Чем менее выражен показатель по визуальным аналоговым шкалам, тем выше значения ОА, что верифицирует перекрестную валидность опросника. Субшкала «Осознание» (SOCRATES) положительно коррелирует со всеми субшкалами ОА, кроме «Непринятие трезвости». Субшкала «Амбивалентность» имеет отрицательные корреляции со шкалами «Эмоциональное непринятие заболевания» и «Непринятие трезвости». Субшкала «Действие» имеет положительную корреляцию со шкалой «Непризнание последствий заболевания». Данные взаимосвязи также свидетельствуют о перекрестной валидности опросника (Табл.4).

**Результаты исследования надежности теста.** У 30 больных опросник применялся дважды с интервалом от 2 до 7 дней. В данном промежутке времени определяемый экспертами уровень ОА по всем субшкалам оставался у всех больных неизменным. Представленные данные (Табл.5) демонстрируют достаточно высокую «тест–ретест» надежность опросника ОА.

### Шкальная оценка уровня выраженности анозогнозии

Для каждой из субшкал выделены следующие уровни выраженности анозогнозии.

Для субшкалы №1 «Неинформированность» шкальная оценка «-2» соответствует отсутствию или низкому уровню анозогнозии, «-1» — пониженному, «0» — среднему, «1» — повышенному (номера утверждений: 24\*, 31).

Для субшкалы №2 «Непризнание симптомов заболевания» шкальная оценка «-1» соответствует отсутствию анозогнозии, «0» — среднему, «1» — повышенному (номера утверждений: 2\*, 33\*).

Для субшкалы №3 «Непризнание заболевания» шкальная оценка «-2» соответствует отсутствию или низкому уровню анозогнозии, «-1» — пониженному, «0» — среднему, «1» — повышенному, «2» — высокому уровню анозогнозии (номера утверждений: 5, 8, 15\*, 20).

Для субшкалы №4 «Непризнание последствий заболевания» шкальная оценка «-2» соответствует отсутствию или низкому уровню анозогнозии, «-1» — пониженному, «0» — среднему, «1» — повышенному (номера утверждений: 1\*, 4\*, 11, 13\*, 21\*).

Для субшкалы №5 «Эмоциональное непринятие заболевания» шкальная оценка «-2» соответствует отсутствию или низкому уровню анозогнозии,

**Таблица 4. Корреляции между значениями по субшкалам опросника «Опиоидная анозогнозия» и результатами заполнения визуально аналоговой шкалы патологического влечения к опиоидам (ВАШПВО), визуально аналоговой шкалы атрибуции опиоидной зависимости (ВАШАОЗ) и шкалы готовности к изменению и стремления к лечению (SOCRATES)**

**Table 4. Correlations between the Opioid Anosognosia Questionnaire subscale scores and the results of the visual analog scale of pathological craving to opioids (VASPO), the visual analog scale of opioid dependence attribution (VASHOZ), and the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES).**

	1 (НИ)	2 (НС)	3 (НЗ)	4 (НПЗ)	5 (ЭНЗ)	6 (НЛ)	7 (НТ)
ВАШПВО	-0,76**	-0,76**	-0,41**	-0,36*	-0,38**	-0,39**	0
ВАШАОЗ	-0,74**	-0,74**	-0,41**	-0,35*	-0,36*	-0,38**	0
SOCRATES: Осознание	0,481**	0,481**	0,39**	0,65**	0,30*	0,60**	0
SOCRATES: Амбивалентность	0	0	0	0	-0,29*	0	-0,29*
SOCRATES: Действие	0	0	0	0,36*	0	0	0

Примечание. Коэффициент корреляции Спирмена: \* $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Note: Spearman correlation coefficient: \* $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ .

**Таблица 5. Коэффициент надежности по показателю «тест–ретест» по субшкалам опросника «Опиоидная анозогнозия» (n = 92)**

**Table 5. Test-retest reliability coefficient for the Opioid Anosognosia Questionnaire subscales (n = 92)**

№ Субшкалы	1 (НИ)	2 (НС)	3 (НЗ)	4 (НПЗ)	5 (ЭНЗ)	6 (НЛ)	7 (НТ)
Коэффициент надежности по показателю «тест–ретест» по субшкалам опросника «Опиоидная анозогнозия»	0,84	0,96	0,92	0,91	0,97	0,90	0,84

Примечание. Коэффициент корреляции Спирмена  $p < 0,001$  для всех значений таблицы.

Note: Spearman's correlation coefficient  $p < 0.001$  for all table values.

«-1» — пониженному, «0» — среднему, «1» — повышенному, «2» — высокому уровню анозогнозии (номера утверждений: 23\*, 25\*, 26, 27, 29, 30\*, 32\*).

Для субшкалы №6 «Несогласие с лечением» шкальная оценка «-2» соответствует отсутствию или низкому уровню анозогнозии, «-1» — пониженному, «0» — среднему, «1» — повышенному, «2» — высокому уровню анозогнозии (номера утверждений: 12\*, 16, 22\*, 28, 34).

Для субшкалы №7 «Непринятие трезвости» шкальная оценка «-2» соответствует отсутствию или низкому уровню анозогнозии, «-1» — пониженному, «0» — среднему, «1» — повышенному, «2» — высокому уровню анозогнозии (Номера утверждений: 3, 6\*, 7, 9\*, 10, 14\*, 17, 18, 19).

*Примечание.* \* — Обратные вопросы.

### Средние эмпирические значения субшкал опросника по данным частотного анализа

**1. «Неинформированность».** У 71,74% опрошенных пациентов (66 испытуемых) получены результаты, находящиеся в среднем (35,87%,  $n = 33$ ) и повышенном (35,87%,  $n = 33$ ) диапазоне субшкалы, пониженный отмечался у 9,78% ( $n = 9$ ) респондентов, низкий уровень анозогнозии или ее отсутствие — у 18,48% ( $n = 17$ ). Наиболее диагностически чувствительным утверждением было №31 «После длительного воздержания возможно умеренное потребление без последствий и проблем». На него 69,57% ( $n = 64$ ) ответили «согласен» (53,26%,  $n = 49$ ) или «не уверен» (16,3%,  $n = 15$ ), 30,43% ( $n = 28$ ) дали ответ «не согласен». По данной субшкале в среднем диапазоне преобладали представления о том, что опиоидная зависимость не является заболеванием и существует возможность умеренно употреблять опиоиды. Обратное утверждение №24 «Одна из главных целей наркологического лечения — добиться, чтобы зависимый от наркотиков полностью отказался от наркотических веществ или длительно воздержался от их употребления» с диагностической точки зрения оказалось среднечувствительным — ровно 50% ( $n = 46$ ) испытуемых дали ответ «согласен», 4,35% ( $n = 4$ ) — «не уверен», 45,65% ( $n = 42$ ) — «не согласен». То есть пациенты осознавали необходимость прекращения потребления наркотиков, но в то же время допускали мысль о возможности умеренного употребления после периода воздержания. В целом, заполняя субшкалу «Неинформированность», обследуемые продемонстрировали противоречивые представления о том, что опиоидная зависимость является болезнью и что существует возможность контролируемого употребления опиоидов.

**2. «Непризнание симптомов заболевания».** 46,65% ( $n = 42$ ) испытуемых, заполнивших опросник, дали ответы, соответствующие отсутствию анозогнозии, 13,04% ( $n = 12$ ) — среднему уровню анозогнозии, 41,3% ( $n = 38$ ) — повышенному уровню анозогнозии. Пациенты противоречиво воспринимали наличие у себя симптомов забо-

левания. На утверждения №2 «У меня возникает потребность принять наркотическое вещество с целью предупреждения ломки или облегчения состояния» 48,91% ( $n = 45$ ) дали ответ «согласен», 7,61% ( $n = 7$ ) — «не уверен», 43,48% ( $n = 40$ ) — «не согласен». 53,26% ( $n = 49$ ) согласились с утверждением № 33 «Если я вовремя не принял наркотическое вещество, у меня отмечается ухудшение физического и психического состояния», 3,26% ( $n = 3$ ) выбрали вариант «не уверен», 43,48% ( $n = 40$ ) — «не согласен». Следовательно, высокий процент ответов «согласен» в утверждениях №2 и № 33 может указывать на понимание потребности приёма наркотических веществ для смягчения “ломки” или облегчения состояния у определенной группы пациентов. В то же время высокий процент ответов, выражающих несогласие по данным вопросам, может указывать на то, что не все пациенты признают факт связи ухудшения физического и психического состояния с прекращением употребления наркотика или снижением его дозы.

**3. «Непризнание заболевания».** По данной субшкале повышенный уровень анозогнозии был обнаружен у 44,57% ( $n = 41$ ) участников, средний уровень — 17,39% ( $n = 16$ ), пониженный уровень — 29,35% ( $n = 27$ ), низкий уровень — 8,69% ( $n = 8$ ). Наиболее диагностически значимым утверждением являлось №5 «Я считаю, что родственники и врачи преувеличивают мою зависимость от наркотиков», с которым согласились 53,26% ( $n = 49$ ), 16,3% ( $n = 15$ ) дали ответ «не уверен», 30,43% ( $n = 28$ ) — «не согласен». В основном повышение среднего значения по субшкале происходило за счёт выбора варианта ответа «не уверен» в остальных утверждениях. Например, на утверждение №8 «Напрасно родственники и врачи считают меня наркоманом» 38,04% ( $n = 35$ ) ответили «согласен» и 18,48% ( $n = 17$ ) — «не уверен», 43,48% ( $n = 40$ ) — «не согласен». Таким образом, у большинства пациентов отмечается повышенный уровень анозогнозии. Опиоидзависимые склонны отрицать свое заболевание, полагая, что их проблема переоценена родственниками и врачами. Заметно, что ответ «не уверен» играет ключевую роль в формировании среднего уровня анозогнозии. Это может указывать на некоторые колебания во мнениях респондентов по вопросу признания своей зависимости.

**4. «Непризнание последствий заболевания».** 32,61% ( $n = 30$ ) испытуемых дали ответы, соответствующие повышенному уровню, 32,61% ( $n = 30$ ) — среднему уровню, 31,52% ( $n = 29$ ) — пониженному уровню, 3,26% ( $n = 3$ ) — низкому или отсутствию анозогнозии. Стоит отметить наличие противоречивых ответов. На утверждение №1 «Употребление мною наркотиков плохо влияет на отношения в семье» большинство респондентов (51,09% ( $n = 47$ )) выбрали ответ «согласен», 48,91% ( $n = 45$ ) — «не согласен». Однако на обратное утверждение №11 «Из-за моей наркотизации не страдает никто из моих родных» только 22,83% ( $n = 21$ ) ответили «не согласен», 10,87%

(n = 10) — «не уверен», 66,3% (n = 61) — «согласен». Выборка разделилась пополам в вопросе влияния наркотизации на психическое и физическое состояния. В вопросе №13 «Мое физическое и психическое здоровье ухудшилось из-за употребления наркотиков» 45,65% (n = 42) выбрали ответ «согласен», 4,35% (n = 4) — «не уверен», 50% (n = 46) «не согласен». В вопросе касательно профессиональной деятельности, №21 «Моя работа (учеба) страдает из-за употребления мною наркотиков», 52,17% пациентов (48 испытуемых) выбрали варианты ответов «согласен» (30,43%, n = 28) и «не уверен» (19,57, n = 18), ответ «не согласен» выбрало 47,83% (n = 44) выборки. Субшкала «Непризнание последствий заболевания» выявила разнонаправленные тенденции в ответах респондентов относительно влияния наркотиков на различные сферы их жизни. Большинство опрошенных проявляют формальное признание негативных последствий своей наркотической зависимости, особенно в отношении семейных связей, при этом присутствует значительное противоречие в оценках осознания этих последствий.

**5. «Эмоциональное неприятие заболевания».** 32,61% (n=30) всех испытуемых, заполнивших опросник, предоставили ответы, располагающиеся в среднем диапазоне субшкалы, 5,43% (n= 5) — низкий/отсутствие, 28,26% (n = 26) — пониженный уровень, 21,74% (n = 20) — повышенный уровень, 11,96% (n = 11) — высокий уровень. Диагностически не значимыми утверждениями являлись: №29 «Я недоволен тем, что меня лечат от наркомании», №30 «Я огорчен тем, что попал в зависимость от наркотиков», №32 «Меня тревожат проблемы, которые вызваны моей наркотизацией». Большую диагностическую значимость имело утверждение №26 «Я не доволен тем, что родные и врачи считают меня больным наркоманией»: ответ «не согласен» выбрали 44,56% (n = 41), «не уверен» — 18,48% (n = 17), «согласен» — 36,96% (n = 34). Все остальные утверждения обладают средней диагностической значимостью. Отвечая на вопросы по данной субшкале, пациенты соглашались с наличием у них озабоченности в связи с наркологическим заболеванием и одновременно высказывали своё недовольство лечением.

**6. «Несогласие с лечением».** 7,61% (n = 7) продемонстрировали низкий уровень/отсутствие анозогнозии, 19,57% (n = 18) — пониженный уровень, 28,26% (n = 26) — средний уровень, 39,13% (n = 36) — повышенный, 5,43% — высокий уровень. Измерительная чувствительность утверждения: №28 «Напрасно мои родственники (коллеги) уговорили меня обратиться за наркологическим лечением» была недостаточной. Все остальные утверждения являлись диагностически значимыми: №12 «Я лечусь от наркомании по своему желанию» — 39,96% (n = 34) выбрали ответ «согласен», 5,43% (n = 5) — «не уверен», 57,61% (n = 53) — «не согласен»; с тезисом №16 «Я не нуждаюсь в лечении по поводу наркомании» согласились 54,35% (n = 50), не согласились 23,91% (n = 22), не уверены 21,74% (n = 20); в №22 «Пребывания в больни-

це поможет мне разрешить проблемы, связанные с моей наркотизацией» на варианте «согласен» остановили свой выбор 30,43%, (n = 28), «не уверен» 19,57% (n = 18), 50% (n = 46) выбрали ответ «не согласен». Примечательными являются результаты, полученные по утверждению №34 «Я могу справиться со своей болезнью без медицинской помощи»: не уверенными относительно которого были 57,61% (n = 53), согласны — 7,61% (n = 7), не согласны — 34,78% (n = 32). Следовательно, большинство опрошенных пациентов проявляли выраженное недовольство или сомнения по поводу необходимости лечения от наркомании и не соглашались с утверждением о том, что лечение проводится по их собственному желанию. Тем не менее часть испытуемых сохраняла неуверенность в способности справиться с болезнью самостоятельно.

**7. «Непринятие трезвости».** 3,26% (n = 3) испытуемых набрали баллы, соответствующие отсутствию или низкому уровню анозогнозии, 38,04% (n = 35) — пониженному, 26,09% (n = 24) — среднему, 23,91% (n = 22) — повышенному, 8,7% (n = 8) — высокому уровню анозогнозии. Утверждения с диагностически низким уровнем значимости: №7 «Я не предвижу никаких трудностей в осуществлении своего желания бросить наркотики» — 60,87% (n = 56) дали ответ «не согласен», 15,22% (n = 14) — «не уверен», 23,91% (n = 22) — «согласен»; №14 «Я готов изменить свой образ жизни, чтобы оставаться трезвым» — 52,17% (n = 48) — «согласен», 4,35% (n = 4) — «не уверен», 43,48% (n = 40) — «не согласен». Большой диагностической значимостью обладают следующие утверждения: №3 «Я скорее нуждаюсь в некотором уменьшении употребления наркотиков, чем в полном отказе от них» — 59,78% (n = 55) предпочли ответ «согласен», 13,04% (n = 12) — «не уверен», 27,17% (n = 25) — «не согласен»; №10 «У меня пока нет серьезных причин полностью отказаться от наркотиков» — 61,96% (n = 57) дали ответ «согласен», 6,52% (n = 6) — «не уверен», 31,52% (n = 29) — «не согласен»; согласились 50% (n = 46), были не уверены 22,83% (n = 21) и не согласились 27,17% (n = 25) касательно утверждения №17 «Сомневаюсь, что мне необходимо лечение, целью которого является полная трезвость»; №18 «Я не готов изменить свой образ жизни, чтобы поддерживать трезвость» — 73,91% (n = 68) дали ответ «согласен», 9,78% (n = 9) — «не уверен», 16,3% (n = 15) — «не согласен».

Таким образом, со стороны пациентов выявлена тенденция к недооценке трудностей, сопряженных с наркозависимостью, и одновременная готовность к изменению своего образа жизни. Однако, при более подробном анализе этой установки с использованием вопросов, оценивающих стойкость и определенность заявленных пациентами решений, отмечается, что их ответы скорее формальные, и они недооценивают сложности поддержания трезвости, не проявляя готовность к длительной работе над этой задачей.

### Ограничение исследования

Результаты исследования основывались на данных, предоставленных самими респондентами, поэтому нельзя исключить некоторых искажений, связанных с неточностью информации, что могло привести к возникновению трудно интерпретируемых проявлений анозогнозии.

На момент начала нашего исследования отсутствовал опросник по опиоидной анозогнозии, который можно было бы использовать для оценки перекрестной валидности. Однако в 2022 году была опубликована методика — Шкала осведомленности и осознания употребления психоактивных веществ (Substance Use Awareness and Insight Scale (SAS)) [22], включающая в себя следующие субшкалы: Информированность о болезни (Illness Awareness); Присвоение/Атрибуция симптомов (Symptom Attribution); Осознание необходимости лечения (Awareness of Need for Treatment); Осведомленность о негативных последствиях (Awareness of Negative Consequences). Первая часть опросника содержит вопросы, на которые респондент имеет возможность ответить в утвердительной или отрицательной форме. Вторая часть представляет собой набор визуальных аналоговых шкал с диапазоном оценок от 0 до 10 для каждого аспекта осведомленности и осознания в отношении употребления психоактивных веществ. Хотя данная методика имеет некоторое сходство с предложенным нами опросником, ее диагностические возможности ограничены, так как SAS фокусируется главным образом на оценке когнитивных проявлений анозогнозии.

В настоящей работе оценка готовности к изменениям проводилась исходя из трехфакторной структуры, так как применение однофакторной версии опросника SOCRATES [10], отражающей общую готовность к изменениям в отношении употребления ПАВ, не позволяет дифференцированно подойти к анализу различных аспектов изучаемого явления.

### Заключение

Разработан новый опросник «Опиоидная анозогнозия», который основан на представлении об опиоидной анозогнозии как о сложном феномене, включающем в себя когнитивный, эмоциональный и мотивационный компоненты. Опросник состоит из 34 утверждений и позволяет получать комплексную оценку уровня опиоидной анозогнозии по отдельным её составляющим. В проведенном исследовании выполнена стандартизация, доказаны валидность и надежность опросника «Опиоидная анозогнозия». Определены средние эмпирические значения субшкал. При применении опросника подтвердилась многомерность конструкта опиоидной анозогнозии.

По субшкале «Неинформированность» большинство пациентов дали ответы, в которых сочетались смешанные представления о том, что целью лечения является прекращение наркотиза-

ции, вместе с тем опиоидзависимые считали, что после воздержания возможно контролируемое употребление ПАВ.

При оценке показателей «Непризнание симптомов заболевания» отмечается заметное противоречие в отношении больных с опиоидной зависимостью к своему заболеванию. Большинство респондентов указывали на потребность в приеме наркотиков для облегчения состояния, однако значительная часть была не уверена или даже не согласна с этим, что указывало на различные уровни осознания и принятия пациентами своего состояния и последствий отказа от употребления ПАВ.

По субшкале «Непризнание заболевания» большинство респондентов считала, что родственники и врачи напрасно преувеличивают их зависимость. Следует отметить и неопределенность опрашиваемых по вопросу наличия у себя зависимости.

Повышенный уровень анозогнозии по субшкале «Непризнание последствий заболевания» отражает формальное признание биопсихосоциальных последствий опиоидной зависимости, в то же время выявлялись значительные разногласия, указывающие на разнородность в осознании этих эффектов, особенно в сфере семейных отношений.

Показатели субшкалы «Эмоциональное неприятие заболевания» говорят о том, что пациенты имели смешанные чувства относительно своего состояния. Они признавали наличие у себя эмоциональной озабоченности в связи с наркологическим заболеванием, но при этом испытывали недовольство в связи с лечением.

Данные, полученные по субшкале «Несогласие с лечением», свидетельствуют о наличии как выраженного несогласия и сомнений большинства пациентов в отношении лечения наркомании, так и их неуверенности в способности справиться с болезнью самостоятельно.

Результаты по субшкале «Непринятие трезвости» указывают на то, что несмотря на желание изменить образ жизни и снизить потребление наркотиков, у респондентов отмечалась тенденция к недооценке трудностей, сопряженных с зависимостью. Важно отметить, что готовность к изменениям скорее формальная, поскольку пациенты недостаточно осознавали сложности подержания трезвости.

Анализ частотных характеристик опиоидной анозогнозии по каждому ее компоненту свидетельствует о том, что у опиоидзависимых отмечается средний и повышенный уровни анозогнозии.

В целом можно утверждать, что опиоидная анозогнозия является значимым и многомерным психологическим феноменом в структуре проявлений опиоидной зависимости. Применение опросника позволяет выявить внутренние противоречия в различных аспектах отношения к болезни, более глубоко понять феноменологию опиоидной анозогнозии и количественно оценить её проявления у конкретного пациента, что открывает возмож-

ность к использованию дифференцированных подходов к лечению, реабилитации и профилактике опиоидной зависимости.

Заявка на регистрацию изобретения на способ оценки анозогнозии у пациентов с опиоидной зависимостью, включающий предъявление больному опросника для самостоятельного заполнения и последующую обработку и анализ полученных данных, принята в Роспатенте (регистрационный номер 2023123348).

#### Литература / References

1. Алехин А.Н. Отношение к болезни у лиц с алкогольной зависимостью на разных этапах заболевания. Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. 2011;1(71):7-13. Alekhin AN. Attitudes toward illness in individuals with alcohol dependence at different stages of illness. Uchenye zapiski. 2011;1(71):7-13. (in Russ.).
2. Барбина Е.М. Осознание болезни при опийных наркоманиях (клинический, психологический и терапевтический аспекты): дис. канд. мед. наук: 14.01.27. М.; 1993. Barbina E.M. Osoznanie bolezni pri opiinykh narcomaniyakh (klinicheskii, psikhologicheskii i terapevticheskii aspekty): dis. kand. med. nauk: 14.01.27. M.; 1993. (in Russ.).
3. Валентик Ю.В., Курьюшев В.Н., Осипова Н.Р. Тест для оценки терапевтических установок у больных алкоголизмом. Вопросы наркологии. 1993;1:32-36. Valentik YuV, Kuryshhev VN, Osipova NR. Test to assess therapeutic attitudes in alcoholics. Voprosy narkologii. 1993;1:32-36. (in Russ.).
4. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. Бехтерева; 2005. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuks A.YA. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni. Posobie dlya vrachei. SPb.: Sankt-Peterburgskii nauchno-issledovatel'skii psikhonevrologicheskii institut im. Bekhtereva; 2005. (in Russ.).
5. Грабова М.И. Методика экспресс-оценки установок на трезвость при алкоголизме. Журнал прикладной психологии. 2011;2:18-22. Grabova MI. Methodology for rapid assessment of sobriety attitudes in alcoholism. Zhurnal prikladnoi psikhologii. 2011;2:18-22. (in Russ.).
6. Гречаный С.В. О типах отношения к болезни при раннем алкоголизме. Профилактика и терапия употребления психоактивных веществ и нехимической зависимости у несовершеннолетних. Материалы городского семинара для организаторов и специалистов. Под ред. Л.П. Богданова и др. СПб.; 2008. Grechanyi S.V. O tipakh otnosheniya k bolezni pri rannem alkogolizme. Profilaktika i terapiya upotrebleniya psikhoaktivnykh veshchestv i nekhimicheskoi zavisimosti u nesovershennoletnikh. Materialy gorodskogo seminar dlya organizatorov i spetsialistov. Pod red. L.P. Bogdanova i dr. SPb.; 2008. (in Russ.).
7. Громыко Д.И. Способы преодоления трудностей привлечения злоупотребляющих алкоголем к трезвому образу жизни. Личность, образование и общество в России 21 века: Межвузовский сборник научных трудов. СПб; 2001. Gromyko D.I. Sposoby preodoleniya trudnostei privlecheniya zloupotreblyayushchikh alkogolem k trezvomu obrazu zhizni. Lichnost', obrazovanie i obshchestvo v Rossii 21 veka: Mezhvuzovskii sbornik nauchnykh trudov. SPb; 2001. (in Russ.).
8. Громыко Д.И., Илюк Р.Д. Социально-психологические и клинические факторы мотивации к лечению и отказу от потребления психоактивных веществ у наркологических больных: Методические рекомендации. СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; 2018. Gromyko D.I., Ilyuk R.D. Social'no-psikhologicheskie i klinicheskie faktory motivacii k lecheniyu i otkazu ot potrebleniya psikhoaktivnykh veshchestv u narkologicheskikh bol'nykh: Metodicheskie rekomendatsii. SPb.: NMIC PN im. V.M. Bekhtereva; 2018. (in Russ.).
9. Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М., Шишкова А.М. Программа комплексной терапии коморбидных психопатологических и поведенческих расстройств у ВИЧ-инфицированных наркозависимых больных. СПб: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева; 2012. Ilyuk R.D., Krupitskii E.M., Shishkova A.M. Programma kompleksnoi terapii komorbidnykh psikhopatologicheskikh i povedencheskikh rasstroistv u VICH-infitsirovannykh narkozavisimykh bol'nykh. SPb: Sankt-Peterburgskii nauchno-issledovatel'skii psikhonevrologicheskii institut im. V.M. Bekhtereva; 2012. (in Russ.).
10. Климанова С.Г., Трусова А.В., Киселева А.С., Бернцев В.А., Громыко Д.И., Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М. Адаптация русскоязычной версии опросника для оценки готовности к изменениям (SOCRATES). Консультативная психология и психотерапия. 2018;16(3):80-104. doi: 10.17759/cpp.2018260305. Klimanova SG, Trusova AV, Kiseleva AS, Berntsev VA, Gromyko DI, Ilyuk RD, Krupitskii EM. Psichologia i psichoterapiya. 2018;16(3):80-104. doi: 10.17759/cpp.2018260305. (in Russ.).

- metric properties and factor structure of the russian version of the stages of change and treatment eagerness scale (SOCRATES). Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2018;16(3):80-104. doi: 10.17759/cpp.2018260305. (in Russ.).*
11. Клубова Е.Б. Клинические и экспериментально-психологические сопоставления анозогностических реакций на болезнь у больных алкоголизмом. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии: сб. науч. трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева; 1990. Klubova E.B. Klinicheskie i eksperimental'no-psikhologicheskie сопоставления анозогностических реакций на болезнь у больных алкоголизмом. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni pri nervno-psikhicheskoi i somaticheskoi patologii: sb. nauch. trudov NIPNI im. V. M. Bekhtereva; 1990. (in Russ.).
  12. Крупицкий Е.М., Гриненко А.Я. Стабилизация ремиссии при алкоголизме. СПб.: Гиппократ; 1996. Krupitskii E.M., Grinenko A.YA. Stabilizatsiya remissii pri alkogolizme. SPb.: Gippokrat; 1996. (in Russ.).
  13. Крупицкий Е.М., Романова Т.Н. Использование вербальных и цветовых репертуарных решеток для исследования установки на отказ от наркотика у больных героиновой наркоманией. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2009;1: 88-92. Krupitskii EM, Romanova TN. Use of verbal and color repertory gratings to investigate drug withdrawal attitudes in heroin addicts. Obzrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V. M. Bekhtereva. 2009;1:88-92. (in Russ.).
  14. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л.: Изд-во Ленинград. ун-та; 1960. Myasishchev V.N. Lichnost' i nevrozy. L.: Izd-vo Leningrad. un-ta; 1960. (in Russ.).
  15. Мясищев В.Н. Понятие личности и его значение для медицины. Методологические проблемы психоневрологии. 1996;25-55. Myasishchev VN. The concept of personality and its significance for medicine. Metodologicheskie problemy psikhonevrologii. 1996;25-55. (in Russ.).
  16. Мясищев В.Н. Психические функции и отношения. Ученые записки Ленинг. Ун-та. Серия филос. Наук. Психология. 1949;3:101-118. Myasishchev VN. Mental functions and relationships. Uchenye zapiski Lening. Un-ta. Seriya filos. Nauk. Psikhologiya. 1949;3:101-118. (in Russ.).
  17. Рыбакова Ю.В., Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М. Методика оценки анозогнозии у больных алкоголизмом: Методические рекомендации. СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева; 2011. Rybakova Yu.V., Ilyuk R.D., Krupitskii E.M. Metodika otsenki anozognozii u bol'nykh alkogolizmom: Metodicheskie rekomendatsii. SPb.: Sankt-Peterburgskii nauchno-issledovatel'skii psikhonevrologicheskii institut im. V.M. Bekhtereva; 2011. (in Russ.).
  18. Сафуанов Ф.С., Баранова О.В. Клинико-психологические механизмы формирования анозогнозии больных алкоголизмом. Психологические исследования. 2011;2(16). Safuanov FS, Baranova OV. Clinical and psychological mechanisms of anosognosia formation in alcoholic patients. Psikhologicheskie issledovaniya. 2011;2(16). (in Russ.).
  19. Amador X, Strauss D, Yale S, Gorman J. Awareness of illness in schizophrenia. Schizophr. Bull. 1991;17:113-132. doi: 10.1093/schbul/17.1.113.
  20. Boyett B, Wiest K, McLeod L. et al. Assessment of craving in opioid use disorder: Psychometric evaluation and predictive validity of the opioid craving VAS. Drug and Alcohol Dependence. 2021;229(B):109057. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2021.109057.
  21. David A. Insight and psychosis. Br. J. Psychiatry. 1990;156:798-808.
  22. Kim J, Kambari Y, Taggar A, Quilty L. et al. A measure of subjective substance use disorder awareness—Substance Use Awareness and Insight Scale (SAS). Drug Alcohol Depend. 2022. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2021.109129.
  23. Konstantakopoulos G, Georgantopoulos G, Goniadakis F. et al. Development and validation of the schedule for the assessment of insight in eating disorders (SAI-ED). Psychiatry Research. 2020;292. doi:10.1016/j.psychres. 2020.113308.
  24. McEvoy J, Apperson L, Appelbaum P, Ortilip P, Brecosky J, Hammill K, Geller J, Roth L. Insight and Treatment Attitudes Questionnaire (ITAQ) [Database record]. APA PsycTests. 1989. doi:10.1037/t70202-000.
  25. Michel P, Baumstarck K, Auquier P. et al. Psychometric properties of the abbreviated version of the Scale to Assess Unawareness in Mental Disorder in schizophrenia. BMC Psychiatry. 2013;13:229. doi:10.1186/1471-244X-13-229.
  26. Miller W, Tonigan J. Assessing drinkers' motivations for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). Psychology of Addictive Behaviors. 1996;10(2):81-89. doi:10.1037/0893-164X.10.2.81.

#### Сведения об авторах

**Илюк Руслан Дмитриевич** — д.м.н., главный научный сотрудник отделения терапии амбулаторных больных с аддиктивными расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский

центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: ruslan.iluk@mail.ru

**Грановская Елизавета Александровна** — медицинский психолог отделения клинической психологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, аспирант кафедры клинической психологии ФГБУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: elizavetaganovskaya@gmail.ru

**Бочаров Виктор Викторович** — кандидат психологических наук, доцент, руководитель лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой клинической психологии факультета клинической психологии ФГБОУ ВО ФГБУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: bochvik@gmail.com

**Громыко Дмитрий Иванович** — к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения терапии амбулаторных больных с аддиктивными расстройствами ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: dmngrom@list.ru

**Нечаева Анастасия Игоревна** — младший научный сотрудник отделения терапии амбулаторных больных с аддиктивными расстройствами ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: netchaeva.nastya@yandex.ru

**Пушина Валентина Валентиновна** — к.п.с.н., доцент кафедры общей и социальной психологии ННГУ им. Лобачевского. E-mail: vpushina@rambler.ru

**Вукс Александр Янович** — главный специалист отделения Организационно-методической и аналитической работы ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: ayavuks@bekhterev.ru

**Крупницкий Евгений Михайлович** — д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе и руководитель отдела аддиктологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор Института фармакологии им. А.В. Вальдмана ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Email: kruenator@gmail.com

Поступила 04.04.2024

Received 04.04.2024

Принята в печать 30.07.2025

Accepted 30.07.2025

Дата публикации 28.03.2025

Date of publication 28.03.2025