

Перспективы использования показателя качества жизни в наркологической практике

НЕНАСТЬЕВА А.Ю. аспирант отделения клинической психофармакологии ННЦ наркологии Росздрава, Москва
ГУРЕВИЧ Г.Л. к.м.н., зав. отделением психиатрической больницы №13, Москва
БОЙКО Е.О. к.м.н., зав. отделением психиатрической больницы, Краснодар

Проведено исследование качества жизни (КЖ) с использованием опросника SF-36 у 68 больных с зависимостью от опиатов. Основной целью работы являлось установление взаимосвязи клинико-динамических показателей заболевания с уровнем КЖ. Исследование показало, что SF-36 является эффективным инструментом для оценки глубины нарушений, вызванных заболеванием. КЖ пациентов с синдромом зависимости достоверно хуже, чем у здоровых людей, при этом лечение позволяет значительно улучшить все показатели КЖ. SF-36 дает возможность оценить эффективность проводимого лечения. В зависимости от динамики показателей КЖ можно смещать акценты лечения в сторону психофармакотерапии, психотерапии или социальной реабилитации, что будет способствовать увеличению длительности ремиссий у больных.

Введение

Несмотря на то, что в последние 3 года наркологическая ситуация в России характеризуется стабилизацией болезненности и снижением уровня первичной заболеваемости, показатели болезненности наркоманией остаются на высоком уровне, достигая у мужчин в возрастной группе 19—39 лет 1% населения. Первое место в структуре заболеваемости и болезненности наркоманиями практически во всех регионах России занимает опиоидная наркомания. Медицинские, социальные и экономические аспекты, связанные с потреблением психоактивных веществ, являются одной из актуальных и трудно-разрешимых проблем из-за трудной курабельности этого контингента больных, их низкой мотивации к лечению, трудностей в установлении комплаенса, неустойчивости ремиссий и частых рецидивов [9, 12, 13, 15].

В настоящее время в наркологии используется биопсихосоциальный подход, рассматривающий наркологическую патологию как результат сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов [4]. Изучить влияние этих факторов на больного позволяет такой показатель, как КЖ.

В последние 4 десятилетия интерес к концепции КЖ стремительно возрастает [3]. У исследователей и врачей возникают вопросы как о самом понятии КЖ, так и о том, зачем его нужно измерять, что эти измерения могут дать больным, каким доступным способом можно измерить показатель КЖ [1—3].

Впервые КЖ у наркологических пациентов исследовали в 1994 г. Longabaugh R., Mattson M.E., Connors G.J., Cooney N.L. [16]. Авторы обозначили ряд трудностей, возникающих в процессе изучения параметров КЖ, и пришли к заключению, что необходимо сравнение субъективной шкалы (КЖ) с объективными шкалами.

Использование понятия КЖ в современной медицине отражает постепенный отход от изучения узко клинических проявлений заболевания и рост интереса к пациенту со всеми его личностными и социальными особенностями. Оцениваются показатели КЖ с помощью специально разработанных опросников [20, 21].

В настоящее время наблюдается стремительный рост количества научных работ, посвященных изучению различных аспектов КЖ, социального функционирования,

работоспособности, в том числе у психически больных и больных наркологического профиля [9—11, 14, 17—19]. К сожалению, в России подобного рода исследований пока еще очень мало [1—3]. С учетом высоких показателей заболеваемости наркоманиями [7], тяжести болезни [8] и выраженности медицинских и социальных последствий [6, 8], несомненно, изучение вопросов, связанных с КЖ и социальным функционированием больных с опиоидной зависимостью, являются важными, актуальными.

Целью настоящей работы стало изучение КЖ больных с зависимостью от опиоидов и установление взаимосвязи между показателями КЖ и клинико-динамическими параметрами заболевания.

Материал и методы исследования

В исследовании участвовало 68 мужчин с диагнозом по МКБ-10 *зависимость от опиоидов* (F11.xxx), проходивших лечение на базе стационарных отделений ФГУ ННЦ наркологии МЗСР РФ. Из них 27,1% впервые обратились за медицинской помощью по поводу синдрома зависимости. Средний возраст пациентов составил $26,69 \pm 3,82$ года. Длительность заболевания варьировала от 8 мес. до 13 лет. Более половины пациентов принимали преимущественно героин (57,1%). Остальные пациенты в равной степени сочетали прием героина с метадонном (14,3%), дериватами опия (7,1%), медицинскими препаратами (трамал, кодеин, буторфанол) (20%); 14,29% помимо наркотиков опиоидной группы систематически принимали и другие виды ПАВ (каннабиноиды, алкоголь). Ремиссии до настоящего исследования встречались у 42,9%, при этом из них у 70% они были короткими, не превышали одного года.

Наследственная отягощенность алкогольной и наркотической зависимостью, различными психическими расстройствами отмечалась у родственников пациентов в 75,7% случаев.

Анализ структуры личности в преморбиде позволил установить преобладание неустойчивых (20%), истерических (18,6%) и возбудимых (12,9%) черт. В 55,7% случаев отмечалась акцентуация (стигматизация) основных черт характера, психопатия была диагностирована у 8,6% пациентов.

Основные методы исследования: клинико-психопатологический, катamnестический, статистический.

Для проведения данного исследования, стандартизации и статистической обработки результатов была разработана оригинальная «Индивидуальная карта клинико-психопатологического исследования», включавшая в себя социально-демографические, клинико-динамические характеристики заболевания, данные о проводимом лечении, катamnестические сведения.

Для оценки показателей качества жизни пациентов использовался опросник SF-36 (Health status profile — Short form 36) [21]; 8 стандартных шкал опросника отражают 4 профиля: физическое самочувствие, работоспособность, адаптацию в социуме и эмоциональный статус. Прямые критерии: физическая активность, общее здоровье, жизнеспособность, социальная активность, психическое здоровье. Обратные критерии: роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, боль, роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности.

Общий опросник SF-36 был апробирован более чем на 22 тыс. пациентов (1989—1992). Он включает в себя 36 развернутых вопросов, ответы на которые формируют 8 стандартизованных шкал, представляющих собой профиль физического и психического здоровья.

1 — «Шкала физического функционирования» характеризует диапазон выполняемой физической активности, от ограничения в выполнении любой физической деятельности, включая мытье и одевание, до выполнения всех видов деятельности, включая большие физические нагрузки.

2 — «Шкала ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием», отражает влияние физического здоровья на выполняемую работу и физическую нагрузку.

3 — «Шкала боли» оценивает выраженность болевого синдрома и его влияние на работу и физическую активность.

4 — «Шкала общего состояния здоровья» характеризует здоровье в целом, сопротивляемость болезням.

5 — «Шкала жизненной активности» дает представление о жизненной энергии в противовес усталости.

6 — «Шкала социального функционирования» показывает возможную степень ограничений в социальной жизни вследствие проблем со здоровьем.

7 — «Шкала ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием», характеризует влияние эмоционального восприятия на работу, физическую и социальную активность.

8 — «Шкала психического здоровья» определяет меру тревожности, депрессии, снижение эмоционального и поведенческого контроля в сравнении с психологическим благополучием.

Валидность и надежность SF-36 была подтверждена в Соединенных Штатах и в Великобритании. Нормативные данные были определены в Великобритании. Русскоязычная версия опросника является международнопринятым документом, утвержденным институтом MAPI, разрешена к применению на территории РФ [21], прошла клинические испытания. Изменения в структуре опросника недопустимы.

Для решения поставленных задач (как для объективизации полученных результатов по SF-36, так и для выявления корреляций между выраженностью синдрома пато-

логического влечения и уровнем качества жизни) в исследовании использовались: «Шкала оценки тяжести патологического влечения к наркотику» [5]; схема оценки уровня социальной адаптации (Рустанович А.В., 1998).

Показатели качества жизни оценивались в динамике: при поступлении, выписке, на этапе формирования ремиссии (от 1 до 6 мес.). В процессе катamnестического обследования использовались сведения, полученные от самих больных, их родственников и близких.

При проведении статистической обработки материала рассчитывались количественные и качественные показатели, достоверность результатов исследования. Описательный статистический анализ проводился с применением программы Excel 2000. Для установления статистической достоверности различий между группами использовался параметрический показатель t-test for independent samples для количественных показателей и таблицы сопряженности с использованием критерия χ^2 для анализа качественных признаков с применением программ Statistica 5.5. и SPSS 10.0. Для внутри- и межгруппового анализа клинических отличий использовался U-критерий Манна—Уитни. Критерием достоверности считалось достижение уровня значимости $p < 0,05$. Для установления корреляционных взаимосвязей использовался метод Спирмена. Считалось, что степень корреляционной связи до 0,3 — слабая, от 0,3 до 0,7 — умеренная и от 0,7 до 1,0 — высокая.

Результаты исследования

Прежде всего, хотелось бы остановиться на некоторых социальных характеристиках больных из представленной выборки, так как, на наш взгляд, выявленные особенности являются закономерными для больных наркоманией в целом.

Большинство обследованных имели среднеспециальное образование — 47,1%. Службу в армии прошли только 30% пациентов. На момент исследования имели постоянную работу 32,9% пациентов; длительное время не работали и находились на иждивении родственников 61,4% пациентов; часто меняли работу из-за употребления наркотиков 20% обследованных. По «семейному статусу» распределение больных было следующим: 11,4% пациентов состояло в браке, у 20% — был «гражданский» брак; 14,3% больных были ранее женаты, на момент обследования находились в разводе; 24,3% имели детей, при этом около половины из них (10%) проявляли к своим детям полное безучастие.

Важно отметить высокую частоту криминогенного поведения в исследуемой выборке.

Антисоциальные поступки совершали 52,9% больных. Судимости до начала формирования заболевания (как правило, за кражи) имели 7,1% обследованных; 4,3% пациентов на момент исследования привлекались к уголовной ответственности по ст. 228 УК РФ (хранение и распространение наркотиков).

Кроме того, у этих больных наблюдались достаточно серьезные проблемы, связанные с физическим здоровьем, появившиеся в процессе заболевания. Из соматических осложнений наркомании отмечались: вирусный гепатит С у 80% больных, вирусный гепатит В+С у 12,9%. Соответственно, поражение печени вирусной этиологии наблюдалось более чем у 90% пациентов. Признаки токсическо-

го поражения печени обнаруживались у 72,9%. ВИЧ-инфекция была выявлена в 10%; токсическая кардиомиопатия — в 27,1%, хронические поражения других органов и систем — в 28,6% случаев. Изменения личности, наступившие в процессе заболевания в виде заострения преморбидных черт личности, выявлялись лишь у 34,3% пациентов, из них признаки морально-этического снижения преобладали в 55,7%, интеллектуально-мнестическое снижение — в 2,9% случаев.

Таким образом, в выборке преобладали пациенты с невысоким уровнем образования, изначально отличавшиеся высокой частотой криминогенных поступков, имеющие слабые семейные привязанности, отличающиеся низкими моральными качествами.

При сравнении по SF-36 рассматриваемая выборка оказалась по всем векторам достоверно хуже, чем популяция (табл. 1). Лишь по "Шкале физического функционирования" показатели у пациентов были лучше, чем в здоровой популяции. Данный феномен требует дальнейшего изучения, и пока еще мы не имеем достаточных для него объяснений.

Все пациенты отмечали практически одинаковые проблемы, связанные со здоровьем и взаимоотношениями в различных сферах жизни. Они говорили, что наркомания на половину сократила их «нормальную», повседневную деятельность (в том числе из-за боли), жизненный тонус, уровень социальных связей, сильно изменилось эмоциональное состояние. Все пациенты, которые на момент поступления работали, отметили трудности, нередко серьезные ошибки в работе, недовольство руководством и т.п. Также у всех без исключения пациентов наблюдалось отчетливое неблагополучие в семейной жизни: ссоры, скандалы — для большинства женатых пациентов поводом для получения медицинской помощи являлись настойчивые (даже ультимативные — развод или лечение) просьбы жены. Все отмечали, что быстро изменился круг общения, который состоял исключительно из людей, злоупотребляющих наркотиками.

Несмотря на достаточно широкий, хорошо описываемый пациентами круг проблем, тем не менее, по "Шкале оценки уровня социальной адаптации" (Рустанович А.В., 1998) показатели у пациентов при поступлении составили в среднем 2 балла, что соответствует удовлетворительному уровню.

Данные табл. 2 показывают, что средний 3-недельный курс лечения в стационаре достоверно улучшает показатели КЖ пациентов по следующим осям: эмоциональный статус и адаптация в социуме (Шкала жизненной активности и психического здоровья). Как видно, по оси «Интенсивность боли» также наблюдается достоверное улучшение, но это закономерно, так как купирование ОАС и болевой симптоматики происходит уже к 5–7-му дню.

Эти данные полностью совпадают с клиническими наблюдениями. У пациентов за 3 недели стационарного лечения выравниваются аффективные расстройства, что субъективно воспринимается больными в удлинении времени, когда они чувствуют себя спокойными, увеличении числа положительных эмоций, не связанных с наркотиком, снижением тревоги, подавленности и чувства безысходности. К концу лечения в разговорах с больными все чаще начинает звучать тема отношений с родственниками (они хотят видеть родных, ожидают их прихода в больницу, в большинстве случаев выражают теплые невербальные чувства: обнимают родных, целуют).

Сравнивались показатели КЖ досрочно выписанных пациентов с показателями тех, кто прошел полный курс лечения. Получены достоверные различия не по трем, а по четырем шкалам: у не завершивших лечение показатели по осям боли, общего состояния здоровья, жизненной активности и психического здоровья достоверно хуже (табл. 3).

Показатели КЖ пациентов находятся в тесной связи со стержневым синдромом заболевания — патологическим влечением к наркотику (ПВН). Методом ранговой корреляции Спирмана установлены средняя обратная связь ПВН с осями эмоционального статуса и адаптации в

Таблица 1

КЖ у больных с зависимостью от опиатов и в популяции (N=68)

	Физическая активность	Функционирование, связанное с физическим состоянием	Интенсивность боли	Общее состояние здоровья	Жизненная активность	Социальное функционирование	Функционирование, связанное с эмоциональным состоянием	Психическое здоровье
Пациенты	91,36±1,56	46,97±6,6*	44,45±5,13*	55,15±3,08*	43,18±3,07*	46,59±4,49*	41,41±6,33*	43,27±3,35*
Популяция	87,18±0,66	86,61±0,95	76,88±0,71	73,48±0,62	63,59±0,62	85,23±0,66	88,28±0,96	76,37±0,53

Таблица 2

Динамика показателей КЖ в процессе стационарного лечения (N=51)

	Физическая активность	Функционирование, связанное с физическим состоянием	Интенсивность боли	Общее состояние здоровья	Жизненная активность	Социальное функционирование	Функционирование, связанное с эмоциональным состоянием	Психическое здоровье
До лечения	92,37±1,81	52,63±7,86	45,26±7,4	57,16±4,22	43,42±4,21	50±7,09	43,86±7,67	42,11±4,22
При выписке	92,11±1,8	69,74±7,78	73,63±6,4 *	63,05±3,66	58,42±3,01*	67,1±6,36	61,4±8,56	57,89±3,14*

Таблица 3

Влияние стационарного курса лечения на показатели КЖ

	Физическая активность	Функционирование, связанное с физическим состоянием	Интенсивность боли	Общее состояние здоровья	Жизненная активность	Социальное функционирование	Функционирование, связанное с эмоциональным состоянием	Психическое здоровье
Досрочно (N=17)	87,37±2,58	43,42±9,53	45±6,06*	53,84±3,43*	41,05±4,25*	46,05±5,06	38,6±9,28	43,79±4,57*
При выписке (N=28)	91,08±1,38	49,51±5,12	65,16±4,0	64,76±1,81	55,2±2,02	58,58±3,87	49,02±4,97	54,12±2,01

социуме и слабая обратная связь с осью физического функционирования и активностью. То есть, чем выше баллы по клинической шкале ПВН, тем ниже показатели по осям КЖ, чем более выражено влечение к наркотику, тем хуже КЖ. По другим клиническим признакам (длительность заболевания, длительность ремиссий, количество предшествующих госпитализаций) каких-либо корреляций с векторами КЖ обнаружено не было.

Несмотря на достоверную положительную динамику показателей КЖ пациентов после лечения в стационаре, они остаются достоверно хуже, чем КЖ в популяции, что свидетельствует о том, что 3-недельного курса стационарного лечения все-таки недостаточно для их нормализации (табл. 4).

16 пациентов из выборки, которые находились в ремиссии, были повторно обследованы спустя 3–5 мес. после выписки. Все пациенты этой группы работали (до госпитализации шестеро не имели работы), один пациент восстановился в институте. По информации, полученной

от родственников, с обязанностями пациенты справлялись, нарушений трудовой дисциплины не отмечалось. Контакт с врачом осуществлялся минимум 1 раз в месяц. Оставались трудности в семейных и социальных контактах, организации досуга, но, несмотря на это, показатели по шкале оценки уровня социальной адаптации увеличились и составили в среднем 2,5–3 балла (удовлетворительный уровень).

Показатели КЖ на этапе катamnестического наблюдения продолжали улучшаться, наиболее быстрой и достоверной положительной динамике подвергались оси эмоционального состояния и жизненной активности, затем следовали оси работоспособности и физического самочувствия, медленнее всех восстанавливалась адаптация в социуме. Однако для того, чтобы показатели КЖ стали сравнимыми с таковыми общей популяции, трех месяцев воздержания от приема наркотиков также недостаточно, требуется более длительная медико-социальная реабилитация (табл. 5).

Таблица 4

Сравнение КЖ у больных с зависимостью от опиатов после стационарного лечения с нормой

	Физическая активность	Функционирование, связанное с физическим состоянием	Интенсивность боли	Общее состояние здоровья	Жизненная активность	Социальное функционирование	Функционирование, связанное с эмоциональным состоянием	Психическое здоровье
После лечения (N=28)	91,08±1,38*	49,51±5,12	65,16±4,0	64,76±1,81	55,2±2,02	58,58±3,87	49,02±4,97	54,12±2,01
Популяция	87,18±0,66	86,61±0,95	76,88±0,71	73,48±0,62	63,59±0,62	85,23±0,66	88,28±0,96	76,37±0,53

Таблица 5

Показатели КЖ в динамике

	Физическая активность	Функционирование, связанное с физическим состоянием	Интенсивность боли	Общее состояние здоровья	Жизненная активность	Социальное функционирование	Функционирование, связанное с эмоциональным состоянием	Психическое здоровье
После лечения	90±4,15	60±11,3	66,3±9,11	56,8±3,04	47±5,28	55±8,98	46,67±12,37	48,4±4,86
Катamnез	96±1,45	77,5±7,86	74,5±7,89	62,3±5,11	66±4,07	72,5±5,2	63,33±7,78	69,2±2,07
Популяция	87,18±0,66	86,61±0,95	76,88±0,71	73,48±0,62	63,59±0,62	85,23±0,66	88,28±0,96	76,37±0,53

В процессе проведения исследования были выявлены определенные проблемы, которые, несомненно, связаны с особенностями психического функционирования изучаемой категории больных.

Источниками этих проблем являются неустойчивость внимания, сложность понимания поставленной задачи, наличие психологических защит у пациентов. Для больных наркоманией (как при поступлении, так и при выписке) характерно отсутствие способности анализировать свое настроение. Наиболее частым ответом на варианты из разных полюсов настроения был — «иногда»; пациенты не могли определить, какой фон настроения у них присутствовал чаще, так как оно было подвержено частым переменам. Кроме того, большинство пациентов делало акцент на том, что «хорошее» настроение они имеют только тогда, когда есть наркотик.

Кроме того, мы столкнулись с тем фактом, что больной наркоманией может искаженно воспринимать действительность, оценивая свое социальное функционирование и другие векторы КЖ как «хорошо» или «удовлетворительно». В то же время, КЖ его семьи или родственников, связанных с ним, значительно хуже по сравнению с самим больным. На наш взгляд, эта особенность характерна именно для наркологических больных, и, возможно, в связи с этим, для создания более полной картины существующих последствий болезни имеет смысл оценивать КЖ родственников больного.

Обсуждение

В исследовании было подтверждено, что КЖ больных с зависимостью от опиоидов хуже, чем КЖ здоровых людей: по всем векторам SF-36 рассматриваемая выборка оказалась достоверно хуже, чем популяция.

На данном этапе работы не было выявлено достоверных корреляций между клиническими параметрами заболевания и показателями КЖ, однако убедительно показано, что динамика по субшкалам SF-36 тесно связана с динамикой влечения к наркотику.

Отмечено, что базовый курс стационарной терапии достоверно улучшает показатели КЖ по субшкалам жизненной активности, психического здоровья, боли и общего здоровья. Практически без положительной динамики остаются показатели социального функционирования. Это может говорить о том, что для полной нормализации показателей КЖ необходимы более длительный период воздержания от приема наркотиков, медико-социальная реабилитация, заинтересованное участие пациента в лечебной программе.

Исследование позволило выявить определенный круг проблем, возникающих при работе с субъективными шкалами, связанных с особенностями психической деятельности пациентов, неустойчивостью внимания, сложностью понимания поставленных задач и вопросов, наличием психологических защит у пациентов, что ведет к искажению информации. Это требует либо дополнительного введения объективных шкал, либо, при работе с субъективной шкалой — присутствия доктора, объясняющего больному смысл поставленных вопросов.

Важным является то, что по данным отдельных профилей показателей КЖ можно разработать индивидуальную эффективную программу медико-социальной реабилитации. Так, например, для пациентов, у которых наибольшее снижение показателей КЖ наблюдается по оси эмоционального состояния будет наиболее эффективным психофармакологическое воздействие с акцентом на терапию антидепрессантами, психотерапия. При низких показателях физического функционирования необходимо проводить общеукрепляющую, восстанавливающую, с акцентом на соматические эффекты терапию. Тем пациентам, у которых наиболее снижены показатели по осям работоспособности и адаптации в социуме, необходима длительная социальная реабилитация.

Список литературы

1. Бараненко А.В., Калиниченко О.Б. Оценка качества жизни у лиц, зависимых от алкоголя (обзор) // Український вісник психоневрології. — 2003. — Т. 11, вип. 2. — С. 68—71.
2. Бараненко А.В. Показатель качества жизни как критерий поддерживающей терапии при алкогольной зависимости (обзор) // Новости Харьковской психиатрии 2004. — Харьков, 2004. — Режим доступа: <http://www.psychiatry.org.ua/articles/paper120.htm>.
3. Бурковский Г.В., Кабанов М.М., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Методология и проблемы создания и использования измерительных инструментов качества жизни психически больных. [Электронный ресурс].
4. Ван дер Берг К., Буваляда В. Учебное пособие по наркологии для врачей-стажеров. — Минск: Интеракт, 1997. — 121 с.
5. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Диагностические критерии тяжести патологического влечения к наркотику // Ж. невропат. и психiatr. им. С.С. Корсакова. — 2001. — Т. 101, №8. — С. 4—8.
6. Канарецкий И.А. Научное обоснование эффективности реализации программ снижения риска ВИЧ среди потребителей наркотиков): Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — 2004.
7. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Мониторинг наркологической ситуации на основе данных медицинской статистики наркологической службы РФ // Современные проблемы наркологии: Сб. научных трудов / Под ред. Н.Н. Иванца. — М., 2005. — С. 4—21.
8. Рохлина М.Л. Опиная наркомания // Руководство по психиатрии. Т. 2. — М.: Медицина, 1999. — С. 354—363.
9. Baker F., Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support systems // Eval. Prog. Plann. — 1982. — №5(1). — P. 69—79.
10. Foster J.H., Peters T.J., Marshall E.J. Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women // Alcohol. — 2000. — Vol. 22, №1. — P. 45—52.
11. Foster J.H., Marshall E.J., Peters T.J. Application of a quality of life measure, the life situation survey (LSS), to alcohol-dependent subjects in relapse and remission // Alcohol. Clin. Exp. Res. — 2000. — Vol. 24, №11. — P. 1687—1692.
12. Katsching H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? Current Opinion in Psychiatry, 1997. — №10. — P. 337—345.
13. Katsching H. Насколько полезна концепция качества жизни в психиатрии? // Обзор современной психиатрии. — 1998. — Вып. 1. — С. 30—38.
14. Kraemer K.L., Maisto S.A., Conigliaro J., McNeil M., Gordon A.J., Kelley M.E. Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences // J. Gen. Intern. Med. — 2002. — Vol. 17, №5. — P. 382—386.

15. Kleban M., Lowton M.P., Winter L., Ruckdeschel K. Affect and quality of life: objective and subjective // J. Aging. Health. — 1999. — May, №11(2). — P. 169—198.
16. Longabaugh R., Mattson M.E., Connors G.J., Cooney N.L. Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research // J. Stud. Alcohol. Suppl. — 1994. — №12. — P. 119—129.
17. Polak K. The evaluation of the quality of life among professional soldiers with diagnosed alcohol addiction syndrome // Psychiatr. Pol. — 2001. — Vol. 35, №6. — P. 1057—1070.
18. Richter D., Venzke A., Settelmayer J., Reker S. High rates of inpatient readmissions of alcohol addicted patients — heavy users or chronically ill patients? // Psychiatr. Prax. — 2002. — Vol. 29, №7. — P. 364—368.
19. Ruggeri M., Warner R., Bisoffi G., Fontesedro L. Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach // British Journal of Psychiatry. — 2001. — Vol. 178. — P. 268—275.
20. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization // Soc. Sci. Med. — 1995. — Vol. 41. — P. 1403—1409.
21. Ware J.E. The MOS 36-item Short-Form Health Survey // Med. Care. — 1992. — №8. — P. 473—483.

APPLICATION PERSPECTIVES OF THE Q&L (QUALITY OF LIFE) MARKER IN THE PRACTICE OF DRUG-ADDICTION TREATMENT

NENASTYEVA A.Y.

Research member, the Department of Clinical Psychopharmacology
National Research Center on Addictions, Ministry of Health and Social Development, Moscow

GUREVITCH G.L.

Cand. Med. Sc., Head of the Department, Moscow Mental Hospital №13, Moscow

BOYKO E.O.

Cand. Med. Sc., Head of the Department, Krasnodar Mental Hospital, Krasnodar

The research on the quality of life was carried out (on the basis of the SF-36 questionnaire) in the group of 68 patients with opioid dependence. The main objective of the study was to establish the correlation of clinical-dynamic markers of the disease and the level of the quality of life. The study has shown that the SF-36 is an effective tool to assess the level of destruction caused by the disease. The life quality of alcohol dependent patients is much worse than that of healthy individuals, with the treatment allowing improvement of all the QL markers. The SF-36 enables clinicians to assessment the efficiency of the treatment provided. Taking into account the markers' dynamics, it's possible to focus treatment either on pharmacotherapy, psychotherapy or social rehabilitation, which will provide longer remissions in patients.