

УДК: 616.89-008.441.13-08

*А.И. Минко, И.В. Линский, А.В. Бараненко, В.В. Шалашов***ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: алкоголь, зависимость, поддерживающая терапия, качество жизни

Актуальность проблемы психических и поведенческих расстройств вследствие потребления алкоголя не вызывает сомнений как в мировом масштабе [1], так и в Украине [1–5]. Помимо предполагаемого количественного роста алкогольных расстройств, отмечается патоморфоз этого вида патологии в сторону утяжеления клинической картины заболевания [4,6]. Все это делает актуальным поиск новых решений в сфере лечения и профилактики состояний алкогольной зависимости.

Существуют различные подходы к пониманию расстройств наркологического профиля. Модель алкогольной зависимости, включающая в себя социальные, психологические и биологические факторы, впервые была сформулирована в 1795 году [7]. В настоящее время наиболее приемлемой точкой зрения в наркологии считается биопсихосоциальный подход, рассматривающий наркопатологию как результат сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов [8].

Одним из комплексных подходов, оценивающих совокупное влияние и биологических, и психологических, и социальных факторов, является изучение показателей качества жизни (КЖ), применяемых в отечественной психиатрии [9,10], но пока не нашедших широкого применения в отечественной наркологии.

Впервые термин «качество жизни» использован в «Annals of Internal Medicine» за 1966 год, в статье, посвященной проблемам трансплантационной медицины [11].

ВОЗ определяет КЖ как восприятие человеком своего положения в жизни, включая физическое, психическое и социальное благополучие, степень независимости, качество среды, в которой он живет, степень удовлетворенности конкретными условиями жизни и другими составляющими психологического комфорта. [12]; пока-

затель удовлетворенности пациента различными сферами жизни и ее «комфортности» [13].

Подобный подход охватывает не только динамику собственно заболевания, но и динамику взаимоотношений с микро- и макросоциумом, отношение к себе и окружающим, возможности самореализации, социальное функционирование [10,14,15,16].

ВОЗ на сегодняшний день все большее внимание уделяет вопросу применения концепции КЖ в следующих аспектах: - для планирования клинической помощи пациентам; - в качестве критерия оценки результата научных исследований в области клинических испытаний и исследований служб здравоохранения; - для оценки потребности населения в службах охраны здоровья; - для подготовки медицинского персонала; - для лучшего понимания клиницистами своих пациентов [9, 13, 17, 18, 19, 20, 21].

Отдельные исследования посвящены многомерной оценке методов изучения КЖ и особенностей их применения [22, 20].

Существуют различные подходы к оценке КЖ. В соматической медицине широко применяются следующие методики – шкала Карновского, индекс благополучия Кэмпбелла, лестница Кэнтрила, Ноттингемский профиль здоровья, профиль воздействия болезни, индекс общего психического благополучия, [13] «Шкала качества благополучия, [23] анкета TEAQV (Tableau d'évaluation assistée de qualité de vie) [25].

Наибольшей популярностью пользуются подходы, предлагаемые для оценки КЖ ВОЗ – опросник КЖ – 100 и шкала SF – 36. (36-item Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (MOS-SF-36)) [24]; наряду с этим часто используется метод оценки КЖ, разработанный в 1999 г Mezzich J et al [9,26].

В психиатрической практике выделяют ошибочность самооценки КЖ, обусловленную аф-

фективными расстройствами, когнитивными расстройствами и искаженным восприятием реальности. В связи с этим существует мнение о необходимости дополнения субъективной оценки КЖ большим объективными данными [19].

Существует определение КЖ, как «расхождение между ожиданиями и достижениями человека» [19]. Использование психоактивных веществ - самое доступное средство реализации кратковременной гармонии, но в долгосрочной перспективе это создает порочный круг, предполагающий тотальное ухудшение жизненной обстановки [27]; употребление алкоголя и наркотиков, как и другие хронические заболевания, сильно влияют на КЖ [28]. С другой стороны, психоактивные вещества могут рассматриваться потребителем как благо [8].

Показатель КЖ у больных наркологического профиля имеет свои особенности, обусловленные резко сниженным уровнем самооценки и самоуважения, рассогласованием между самооценкой и уровнем личностных притязаний; нарушением мотивационно-потребностного уровня психической деятельности [29].

Оценка КЖ включает показатель духовной реализации, что для большинства пациентов практически тождественно религиозности. В исследованиях, определяющих взаимосвязь религиозности с риском возникновения расстройств наркологического профиля, сделан вывод о том, что религиозность в определенной мере является фактором антириска при этих расстройствах [30].

Рассмотрим существующие работы, посвященные КЖ у алкогользависимых лиц.

Существует ряд исследований, в которых с точки зрения распространенности злоупотребления алкоголем понятие «КЖ» рассматривается как производное от экономического положения тех или иных слоев населения [31], в частности, в развивающихся странах [32] либо же КЖ противопоставляется определенным экономическим тенденциям [33].

В 1999 г на международной конференции, посвященной вопросам КЖ в медицине, было отмечено, что из 442 сообщений только 4 затрагивали проблемы лиц, зависимых от алкоголя [34].

В 1994 Longabaugh R et al. предприняли исследование с целью изучить негативные последствия употребления алкоголя в сфере КЖ, мотивируя это тем, что доступные методы, оценивающие потребление алкоголя, не отражают весь спектр изменений, вызванных алкогольной за-

висимостью. В работе указывается, что влияние потребления алкоголя на КЖ может быть с точки зрения обследуемого позитивным или негативным. Также сделан вывод о необходимости тщательного изучения влияния лечения на различные параметры КЖ [35].

В 1998 опубликованы результаты исследования, в котором рассматривается вопрос о надежности и валидности методов оценки КЖ при исследовании психосоциальных нарушений у лиц, зависимых от алкоголя. Параметры КЖ сравнивались с показателями шкалы депрессии Гамильтон, опросника выраженности алкогольной зависимости и индекса выраженности злоупотребления. Согласно полученным данным, показатели КЖ у лиц, зависимых от алкоголя, в сфере психологического благополучия и исполняемых ролей, были ниже, чем в общей популяции. При этом в сфере выполняемых функций и физического благополучия показатели КЖ существенно не отличались [36].

Addiction Severity Index (ASI) также использовался для оценки метода изучения КЖ с помощью TEAQV. Коэффициент корреляции между данными ASI и TEAQV составлял от 0,750 (сфера психологического благополучия, профессиональная деятельность) до 0,341 (семейные взаимоотношения) [25].

Группа немецких авторов провела сравнительное исследование групп пациентов с зависимостью от алкоголя, разделенных по частоте обращения за помощью. Результаты их исследования показали, что КЖ у лиц, которые обращались за помощью более 3х раз в год, существенно не отличалось от контрольной группы пациентов, обращавшихся за помощью раз в год и реже [37].

Авторы из госпиталя Род-Айленд (США) провели исследование КЖ среди большой группы лиц с зависимостью от алкоголя и других психоактивных веществ. Сделан вывод о том, что влияние употребления психоактивных веществ на оценку физического благополучия и выполняемой роли низко [28] – является ли это следствием отсутствия адекватной самооценки, либо же действительно в исследуемой группе употребление психоактивных веществ существенно не влияло на упомянутые параметры КЖ.

Welsh JA, Buchsbaum DG, Kaplan CB [38] исследовали КЖ у пациентов городских госпиталей, имеющих проблемы, вызванные употреблением алкоголя, или не имеющих подобных проблем. Было установлено, что у лиц, злоупотребляющих алкоголем, показатель КЖ ниже. В

статье также поднимался вопрос о влиянии антиалкогольного лечения на КЖ.

В Польше среди военнослужащих предпринято исследование, целью которого было определить влияние злоупотребления алкоголем на КЖ в зависимости от тяжести зависимости. Было подтверждено предположение, что КЖ снижается вместе со степенью злоупотребления алкоголем [39]. Аналогичные данные приведены Краemer KL et al.: [40] и Foster JH et al. [41].

Существует исследование КЖ у алкогользависимых женщин с учетом возможного влияния депрессивной симптоматики. Результаты – депрессивный синдром на фоне алкогольной зависимости еще более снижает субъективную оценку КЖ [42].

О возможности прогнозирования вероятности рецидивов у лиц, зависимых от алкоголя, используя оценку показателя КЖ, свидетельствуют исследования, в которых оценивается КЖ у больных, находившихся на наблюдении после проведенного противоалкогольного лечения. Согласно полученным данным, в ремиссии наблюдалось улучшение КЖ; в случае рецидива отмечалось достоверное ухудшение сфер настроения, общественной поддержки и функций на работе и в повседневной жизни [43]. Rudolf H, и Priebe S. [44] была проведена оценка КЖ группы женщин, страдающих алкогольной зависимостью. Через 6 месяцев в повторном исследовании проводилась оценка частоты рецидивов. Сделан вывод, что показатели субъективной оценки КЖ могут быть предикторами рецидива. Аналогичное упоминание можно найти и у Foster JH et al. [41].

Как любое хронически-рецидивирующее состояние, отличающееся прогрессивностью, [4] сформировавшаяся алкогольная зависимость требует изменения стиля жизни и психологически контролируемых ограничений [45], что влияет на все сферы жизненной деятельности пациента, определяющие качество его жизни. Главная задача при лечении сегодня – это стабилизация ремиссии и профилактика раннего рецидива [46, 47], что зависит от множества социально-демографических, личностно-психологических и клинических факторов. Такой важный показатель, как мотивация к лечению, определяется совокупностью факторов, в том числе и наличием терапевтических ремиссий после предыдущего лечения [48].

Ремиссия, согласно современным представлениям - этап течения хронического заболевания, когда проявления болезни в значительной

форме или полностью исчезают, но продолжают существовать в скрытой форме, будучи готовыми проявиться при соответствующих условиях [49].

Значительное число авторов считает, что у части больных удастся сформировать состояние «контролируемого употребления» алкоголя [50]. С позиций классической наркологии эти работы не выдерживают критики, так как в них чаще всего обследуются пациенты, находящиеся в стадии предболезни.

Что касается сроков начала ремиссии, приводятся такие точки зрения: либо длительность ремиссии следует исчислять с первого дня отказа от алкоголя, либо же промежуток времени, о котором можно говорить как о ремиссии, должен быть не менее одного месяца, так как только за это время исчезают явления массивной алкогольной интоксикации. [49] При этом констатация ремиссии не исключает наличия у пациента тех или иных психопатологических проявлений. Большинство исследователей рассматривают ремиссии как динамические состояния со свойственными им закономерностями развития [51, 52, 53].

Выделены определенные этапы, стадии или фазы в течении ремиссий [51-55]. В.Я. Гальперин [54] описывал этап становления ремиссии, (5 – 6 мес.), неустойчивой ремиссии (1 – 2 года), этап стабильной ремиссии (3 -5 лет) и этап глубокой ремиссии (более 5 лет полного воздержания от алкоголя).

В большинстве случаев ремиссии при алкоголизме возникают в результате терапевтических воздействий («терапевтические ремиссии»); «спонтанные ремиссии» могут вызываться такими факторами, как эмоционально – шоковый, фактор социального контроля [51]. Наличие в анамнезе спонтанных ремиссий считается благоприятным прогностическим фактором [49]

Данные о продолжительности ремиссий у алкогользависимых лиц весьма противоречивы и зависят от применяемого метода лечения; ремиссия может составлять 10-15 лет [57]. Но и тогда следует говорить о болезни в стадии ремиссии.

Большинство авторов сходятся на том, что длительная ремиссия достигается путем дополнительного лечения [56], поскольку данные исследований демонстрируют недостаточную надежность улучшения состояния пациентов после поведения противоалкогольной терапии [49]. При отступлении от этих правил появляется большая вероятность рецидива в первое полу-

годие после завершения лечения.

Рецидивы алкоголизма – это возобновление злоупотребления алкоголем в период ремиссии с возвратом симптоматики, характерной для хронической алкогольной интоксикации [49] При этом о рецидиве правомерно говорить только спустя 1-2 месяца после завершения противоалкогольного лечения [58]. Обострение заболевания может произойти и через значительный интервал времени [57].

При возникновении рецидива возобновляется вся сумма нарушений, характерная для синдрома зависимости [58], требующая для своего устранения полной лечебно-восстановительной программы [49].

Предотвращение рецидивов непосредственно связано с проблемами продления и углубления ремиссий, оно включает в себя комплексы биологических, психологических и социальных моментов [49], что соответствует основным составляющим понятия КЖ. Естественно, что для успешной профилактики рецидива требуется выяснение главной его причины. Для каждого этапа ремиссии характерны определенные факторы рецидива. [49]; также выделяются случайные факторы, неподдающиеся прогностической оценке. [59].

Во многих исследованиях задачей ставилось динамическое исследование тех или иных факторов рецидива, чаще всего патологического влечения к алкоголю [60].

Насущной потребностью медицины и наркологии в частности является возможность прогноза исхода проводимой терапии и вероятности развития рецидивов заболевания на как можно более ранних стадиях лечения [59].

Среди факторов прогноза имеются статические (неизменные) факторы и динамические факторы (например, уровень ситуативной тревожности). Перспективным представляется выявление именно динамических факторов прогноза, а также изыскание средств и способов их коррекции [59].

На данный момент существуют различные подходы к прогнозированию результатов лечения при алкогольной зависимости. Приведены данные по разработке и апробации методики экспресс-оценки установки на трезвость при алкоголизме (МЭОСУТ) [61]; разработана «Прогностическая карта ремиссий при алкоголизме», включающая 150 признаков, отражающих анамнестические сведения о больном и его социально-психологическую характеристику, а также клинические и социально-психологические данные [49].

Эффективность лечения больных алкоголизмом во многом определяется внебольничным амбулаторным наблюдением и поддерживающей терапией, направленной на предотвращение рецидивов заболевания. Продолжительность поддерживающей терапии обычно составляет до 5-ти лет. Большинство [7,57] указывают на длительность периода лечения лиц, зависимых от алкоголя.

Лечение алкогольной зависимости предполагает биологические, психологические и социальные вмешательства и преследует две цели: прекращение пациентом употребления алкоголя и психосоциальная реабилитация самого больного и членов его семьи. Другое определение задач терапии алкогольной зависимости – снижение или устранение стремления к употреблению алкоголя и уменьшение причиняемого им вреда [62].

Психосоциальные методы лечения помогают больным значительно сократить потребление алкоголя или сохранять трезвость, однако от 40 до 70% больных возобновляют его употребление в течение первого года после лечения. [63]; эффективность терапии этого заболевания продолжает оставаться недостаточной. Возможно, именно это обстоятельство обусловило интенсивные поиски новых подходов к лечению алкогольной зависимости, основанных на применении различных фармакологических средств [64].

В большинстве исследований, в которых изучается лекарственная терапия алкоголизма, оцениваются продолжительность периода воздержания алкоголя (время до рецидива); уменьшение количества потребляемого алкоголя оцениваемое по количеству дней употребления алкоголя или количеству стандартных доз алкоголя, употребляемых в сутки. Воздержание от приема алкоголя является наиболее строгим критерием эффективности, а потому предпочтительным, однако сокращение употребления алкоголя может также привести к снижению болезненности, связанной с алкоголизацией [62].

В исследованиях, построенных по другому принципу: к участникам не предъявляется требование воздерживаться от употребления алкоголя до начала испытания, оценивается стимуляция к воздержанию от алкоголя, а не устойчивость абстиненции [65].

Фармакотерапия лиц с алкогольной зависимостью повышает качество лечения, снижая тем самым заболеваемость и смертность, и повышая КЖ [62]. Однако вопрос остается открытым в отношении оптимальных дозировок препаратов, продолжительности лечения, а также индивиду-

альных показаний для конкретных лекарственных средств.

Сегодня не вызывает сомнений факт, что основная мишень проводимой терапии - патологическое влечение к алкоголю [46]. Уменьшение патологического влечения ассоциируется с более продолжительной ремиссией [66,67].

В настоящее время отмечаются следующие тенденции в фармакотерапии алкогольной зависимости: снижать патологическую тягу к алкоголю и психологическое напряжение и таким образом уменьшать потребность в алкоголе [68]; замещать алкоголь и смягчать симптомы длительного абстинентного синдрома

Существует предположение [62,65], что два или более препарата с различным механизмом действия, назначаемые вместе или в определенной последовательности, могут давать дополнительный синергетический эффект в терапии алкогольной зависимости; комбинирование различных препаратов при лечении больного является, по-видимому, наиболее перспективным подходом [65].

Рассматривая вопросы о направленности поддерживающей терапии у алкогользависимых лиц, нельзя не упомянуть о возникающих при решении подобных проблем этических аспектах. До последнего времени в отечественной практике вопросы этики практически не рассматривались. Вместе с тем совершенствование этических отношений может быть существенным резервом повышения эффективности наркологической помощи [69].

Основные принципы биомедицинской этики, такие как принципы автономии, непричинения вреда и благодеяния, требуют учитывать нравственные ценности больного, который в сложившейся ситуации сам выбирает для себя приоритеты в триаде: жизнь – здоровье - автономия (самоопределение, свобода, самовыражение.) Гипертрофия идей полезности может привести к тому, что интересы больного могут быть принесены в жертву интересам общества. С другой стороны, автономия не должна принимать характер своеволия [70].

Все эти вопросы находятся в соответствии с критерием КЖ. Исследуя КЖ у алкогользависимых лиц в процессе лечения, можно попытаться ответить на вопрос: насколько проводимое лечение соответствует этическим критериям, не происходит ли в процессе лечения грубое навязывание больному чуждых ему норм, что в конечном счете может влиять на мотивацию к лечению и формирование отношений с врачом, необходимых для успешного исхода проводимой терапии.

Несмотря на то, что критерий КЖ широко признан в современной медицине, в том числе является одним из критериев, применяющихся в медицине, основанной на доказательствах (evidence based medicine), в доступной литературе ссылки на исследования, в которых критерий КЖ используется для оценки проводимой терапии у алкогользависимых лиц, единичны.

Группой исследователей использовался Ноттингемский профиль здоровья, совместно с методами объективизации потребления алкоголя, для ретроспективного сравнения двух методов психокоррекции злоупотребления алкоголем [71]; проведены исследования эффективности акампросата; оценивались сроки воздержания от алкоголя в течение 24 недель, а также КЖ (по шкале SF-36). Авторы обнаружили улучшение КЖ у больных, получавших акампросат в сочетании с психотерапевтическими программами, на основании чего сделан вывод о целесообразности исследуемой терапии [72].

Коротко подводя итоги, можно заметить, что критерий КЖ, наряду с традиционными методами исследования, может стать информативным критерием в оценке проводимой поддерживающей терапии; с его помощью можно добиться оптимизации лечения, и первую очередь воздействовать на такие традиционно проблемные для наркологии показатели, как мотивация к лечению и установление комплайенса. Вместе с тем целесообразно исследование КЖ ближайшего окружения больного и подбор оптимальных и наиболее информативных методик исследования КЖ.

ПОКАЗНИК ЯКОСТІ ЖИТТЯ І ПІДТРИМУЮЧА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України

У представленому огляді подано різні аспекти проблеми якості життя осіб, залежних від алкоголю. Зокрема розглядаються питання взаємозв'язку між рецидивами зловживання алкоголем, критеріями підтримуючого лікування і показником якості життя залежних від алкоголю осіб. Вивчення якості життя в цій субпопуляції може підвищити ефективність лікування і дати відповіді на питання, зв'язані з проблемою застосування біомедичної етики в наркології. Сьогодні дослідження, у яких якість життя використовується як критерій ефективності й адекватності лікування станів алкогольної залежності, одиничні. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 169-175)

A.I. Minko, I.V. Linsky, A.V. Baranenko, V.V. Shalashov

PARAMETER OF QUALITY OF LIFE AND MAINTENANCE THERAPY OF PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology AMS of Ukraine

Different aspects of a problem of quality of life of alcohol depended persons are submitted in review. In particular, questions of interrelation between relapses of alcohol abuse, criteria of supporting treatment and quality of life of alcohol depended persons are considered. Studying of quality of life in this subpopulation can increase efficiency of treatment and give answers to the questions connected to problem of application of biomedical ethics in narcology. Today researches, which use quality of life as criterion of efficiency and adequacy treatment of conditions of alcoholic dependence, are individual. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 169-175)

Литература

1. Живя рискованно. Отчет Всемирной Организации здравоохранения за 2002 г. Living dangerously. The World Health Report. - 2002. - Brundtland. Globe. (Gr.Br.). - №4. - С. 3-4
2. Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання. Інформаційний дайджест з алкогольних та наркотичних проблем. - С.11-12. (з книги «Алкоголь та наркотики в Україні»).
3. Мінко О.І., Лінський І.В., Болотова З.М., Артемчук А.П., Мусянко Г.О., Маркозова Л.М. Деякі епідеміологічні параметри вживання алкоголю та наркотиків в Україні.//В сб. Актуальні питання неврології, психіатрії та наркології у світлі концепції розвитку охорони здоров'я населення України., изд -во «Укрмедкнига», 2001, с.555-559..
4. Минко А.И. Современные подходы к диагностике и лечению алкоголизма.//Международный медицинский журнал, т. 3, N 3, 1997..с.87-90
5. Ван Амеронтен Б. Алкоголь та наркотики. Інформація про вживання та зловживання.- К.; «Сфера», 1998, 80 с.
6. Сосин И.К., Куприенко И.В., Куприенко И.Ф.. Влияние финлепсина на продолжительность и качество ремиссий у больных с запойной формой алкоголизма. // Архив психіатрії, -N 3-4 (22-23), - 2000, - С.70-72
7. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. Наркология. Пер. с англ. - М.:СПб.:»Издательство Бином» - «Невский проспект», 1998 г. - 318с
8. Карен Ван Дер Берг, Виктор Бувальда. Учебное пособие по наркологии для врачей-стажеров.. Изд-во Интеракт, Минск, 1997г, 121с
9. Марута Н.А., Панько Т.В., Явдак И.А., Семькина Е.Е., Колядко С.П., Каленская Г.Ю. Критерий качества жизни в психиатрической практике. Под общ ред. Маруты Н.А. - Харьков: РИФ Арсис, ЛТД, 2004. - 240 с.
10. Марута Н.О., Бахтеева Т.Д., Панько Т.В. Особливості показника якості життя у жінок, хворих на невротичні розлади.. Український вісник психоневрології.2003.Том 11, вип.. 4 (37). С. 65 -68.
11. Elkinton J. Medicine and the quality of life// Annals Int. Med. - 1966, 63; 711-714..
12. Польшаяная М.Ю. Оценка качества жизни психически больных. // Архив психіатрії - 2002, - 2(29), - С. 5-9.
13. Абрамова И.В. Качество жизни пациентов общепсихиатрического отделения.//Журнал психиатрии и медицинской психологии; № 1 (7), 2000, С. 42 - 46
14. Daniil Chishom and Alan Stewart . Вопросы экономики и этики психиатрической помощи: традиции и компромиссы.//Обзор современной психиатрии. - Вып.4, - 1999. - С. 8-10.
15. Виноградова Л.Н. Потребители психиатрических услуг: Матер. XIII съезда психиатров России. 10-13 октября 2000 г.
16. Марута Н.О., Панько Т.В., Явдак И.О., Семікіна О.С., Стаднік А.В. // Показник якості життя у хворих на афективні розлади та його динаміка в процесі лікування.//Український вісник психоневрології, - 2002 - Т.10, вип..2 (31), - с.113-114
17. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World health Organization. // Soc/ Sci med. - 1995; 41 : 1403 - 9
18. Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Современные методы доказательной медицины. //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.1997. - Т. 101, № 8. - С. 32 -34.
19. Hienz Katscing. Насколько полезна концепция качества жизни в психиатрии?//Обзор современной психиатрии, 1998, вып. 1, с. 30-38.
20. Scott DL, Garrod T.Quality of life measures: use and abuse.://Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol 2000 Dec;14(4):663-87
21. Deyo R., Carter W. Strategies for improving and expanding the application of health status in clinical settings// Med. Care, 1992 - P.30.
22. Joyce CR. Use, misuse and abuse of questionnaires on quality of life.//Patient Educ Couns 1995 Sep;26(1-3):319-23
23. Kaplan R.,Bush J., Berry C. Health status: types of validity and the index of well-being. Health Serv. Res.,1976,№11/ - P . 478 - 507
24. Ware J.E. The MOS 36-item Short - Form Health Survey// Med. Care, 1992/№8/ - P/ 473 - 483
25. Grabot D, Martin C, Auriacombe M, Tignol J: Assisted evaluation scale of quality of life//Encephale 1996 May-Jun;22(3):181-5
26. Mezzich Juan E., Cohen Neal, Liu Jason, Ruiperez Maria, Yoon Gihyon, Iqbal Saeed, Perez Carlos. Validization an efficient quality life index. Abstracts XI World Congress psychiatry "Psychiatry on new Thresholds". - Hamburg, Germany, 6 - 11 August 1999. - P. 427 - 428
27. Calman KC: Quality of life in cancer patients - an hypothesis.// J Med Ethics 1984, 10: 124-127
28. Stein MD, Mulvey KP, Plough A, Samet JH. The functioning and well being of persons who seek treatment for drug and alcohol use... //J Subst Abuse 1998; 10(1):75-84
29. Коваленко В.М., Грецов В.Г., Блинов О.Ю.. Психологическая работа с наркозависимыми в условиях стационара.//Український вісник психоневрології. - 2002. -Том 10, вип.. 1 (30). - С. 259
30. Kendler K.S.,Liu X.Q, Gardner C.O., McCullough M.E., Larson D., Prescott C.A. .Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders// .American journal of Psychiatry...160(3):496-503, 2003 Mar
31. Nemtsov AV Alcohol-related human losses in Russia in the 1980s and 1990s //Addiction 2002 Nov; 97(11):1413-25
32. Saxena S. Alcohol, Europe and the developing countries Addiction 1997 Mar;92 Suppl 1:S43-8
33. Craplet M The role of non-governmental organizations. Addiction 1997 Mar;92 Suppl 1:S103-108
34. Foster JH, Powell JE, Marshall EJ, Peters : Quality of life in alcohol-dependent subjects—a review // Qual Life Res - 1999 May -

:8(3): -255-61

35. Longabaugh R, Mattson ME, Connors GJ, Cooney NL.: Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research.// J Stud Alcohol Suppl - 1994 - Dec;12:119-29
36. Daepfen JB, Krieg MA, Burnand B, Yersin B. MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients.// Am J Drug Alcohol Abuse 1998 Nov;24(4):685-94
37. Richter D, Venzke A, Settelmayr J, Reker . High rates of inpatient readmissions of alcohol addicted patients - heavy users or chronically ill patients? //Psychiatr Prax 2002 Oct; 29 (7) :364-8
38. Welsh JA, Buchsbaum DG, Kaplan CB Quality of life of alcoholics and non-alcoholics: does excessive drinking make a difference in the urban setting?// Qual Life Res 1993 Oct;2(5):335-40
39. Polak K. The evaluation of the quality of life among professional soldiers with diagnosed alcohol addiction syndrome. // Psychiatr Pol 2001 Nov-Dec;35(6):1057-70
40. Kraemer KL, Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, Gordon AJ, Kelley ME Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences.//J Gen Intern Med 2002 May;17(5):382-6
41. Foster JH, Peters TJ, Marshall EJ Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women //: Alcohol 2000 Aug;22(1):45-52
42. Rudolf H, Priebe S. Subjective quality of life and depressive symptoms in women with alcoholism during detoxification treatment. //Drug Alcohol Depend 2002 Mar 1;66(1):71-6
43. Foster JH, Marshall EJ, Peters TJ 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 Nov;24(11):1687-92
44. Rudolf H, Priebe S Similarities and differences in subjective quality of life of alcoholic women: //Psychiatr Prax 1999 May;26(3):116-
45. Сосин И.К. Преформированные аксиомы классической наркологии// Архив психіатрії – 2002 - 4(31), - С. 51 -59
46. Лекции по наркологии. П/р Иванца Н.Н. М., изд-во Нолидж, 2000 г.435 с.
47. Бажин А.А., Григорьев Г.И., Григорьев С.Г., Литвинцев С.В. Мизерене Р.В., Юнкеров В.И.. Оценка влияния некоторых предиктивных факторов на функцию сохранения состояния ремиссии при лечении алкоголизма методом эмоционально-эстетической психотерапии.// Вестн. психотерапии. – 2001 - №7, - С.80-92
48. Громыко Д.И. .Уровни мотивации к лечению и их зависимость от клинко- психологических характеристик больных алкоголизмом. Автореферат Дис. На соиск. уч. степ. канд. мед. наук, науч-иссл. ин-т им В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург.2002.22с
49. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.И. .Алкогольная зависимость. Формирование, течение, противорецидивная терапия.. ЭЛБИ-СПб, Санкт-Петербург, - 2002..192с.
50. Peele S. Why do controlled-drinking outcomes vary by invtstigator by country and by era? Cultural conceptions of relapse and remission in alcoholism\ Drug and alcohol depend. 1987.Vol.20 P/ 81 -155.
51. Пятницкая И.Н. Наркомании. М. ,1994. – 544с.
52. Гузиков Б.М., Риббшлегер М., Ерышев О.Ф., Зобнев В.М. Принципы реабилитации больных алкоголизмом на различных этапах становления терапевтической ремиссии. \Транскультуральные исследования в психотерапии. - Л., 1989 - С. 11-120
53. Каюмов Б.П.Методология прогнозирования и стратегии

- социально-трудовой реабилитации больных алкоголизмом. Автореф. Докт. дисс.
54. Гальперин Я.Г. Дифференцированная терапия алкоголизма в условиях стационара и некоторые особенности терапевтической ремиссии. Автореферат канд. дисс., М., 1974
55. Scholz H. Die Rehabilitation bei chronischen Alcoholismus. Stuttgart. 1986
56. Григорьев Г.И., Советная Н.В., Кузнецов Л.П. Оценка длительности ремиссии при лечении алкоголизма методом эмоционально-эстетической психотерапии //Вестн. Психотерапии -2001 - №8, С.55-60.
57. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. – СПб.: Издательство «Лань»,2002 г. – 560с
58. Зеневич Г.В. роль реабилитационных мероприятий при профилактике рецидивов алкоголизма.// Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. - Л., -1986, - С 364 -365.
59. Минко А.И. Прогнозирование эффективности лечения больных алкоголизмом // Международный медицинский журнал. – 1998, - № 3 -С. 104 -105.
60. Мурыгин И.И., Кальной В.С., Меснянкин А.П., Полуниин А.И., Бербицкий С.Я. Динамика патологического влечения к алкоголю с алкогольной зависимостью.// Тр. Астрах. Гос. Мед. акад..2002.25. С.314 -319
61. Грабова М.И. Методика экспресс-оценки установки на трезвость при алкоголизме.//Ж. прик. психол. -2001 -№2, -С. 18-22
62. Robert M. Swift. Лекарственная терапия алкогольной зависимости.// Обзор современной психиатрии, 2001, - вып. 3(11), - С. 61 - 70
63. Finney JW, Hahn AC, Moos RH. The effectiveness of inpatient and outpatient treatment of alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects//Addiction 1996; -1773 -96.
64. Крупицкий Е.М. .Применение фармакологических средств для стабилизации ремиссий и профилактики рецидивов: зарубежные исследования.// Вопросы наркологии. - 2003.- №1-, С. 51-61.
65. Koob GF, Le Moal M. Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis.//Neuropsychopharmacology 2001; 24:97 -129.
66. Rohsenow DJ, Monti PM, Abrams DB et al . Cue elicited urge to drink and salvations in alcoholics: relationship to individual ndifferences.// Adv Behav Res Ther 1992; 14:195 – 210
67. Anton RF Moak DH, Lantham PK. The Obsessive Compulsive Drinking Scale: a new method of assessing outcome in alcoholism treatment studies//Arch Gen Psychiatry 1995:53 576
68. Littleton J. Acamprosate in alcohol dependence: how does it work?// Addiction, 1995; 90:1179 -88
69. Руководство по наркологии. Пд редакцией Н.Н. Иванца. – М., 2002, 504с.
70. Тихоненко В.А., Покуленко Т.А. Основы профессиональной этики в психиатрии: принципы, нормы, механизмы// Этика практической психиатрии/ Под ред. В.А. Тихоненко. – М. – 1996. – С. 30 – 46
71. Andreasson S, Hansagi H, Osterlund B. Short-term treatment for alcohol-related problems: four-session guided self-change versus one session of advice - a randomized, controlled trial.//Alcohol 2002 Aug;28(1):57-62
72. Fuchs WJ, Riebenfeld D Acamprosate and psychosocial intervention. An integrative treatment approach for prevention of alcohol dependent patients in Switzerland.// Schweiz Rundsch Med Prax -2002 Apr 24;91(17):735-38.

Поступила в редакцию 10.05.2004