

ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА И В РЕМИССИИ

А. Г. Гофман, И. И. Никифоров

Московский НИИ психиатрии

Субъективная оценка больных алкоголизмом своего состояния в различные периоды жизни и на разных этапах развития болезни (абстинентное и постабстинентное состояние, этап формирования ремиссии, ремиссия) представляет существенный интерес для исследователей как с точки зрения ее соответствия реальности, так и в плане оценки адаптации на разных этапах лечения и реабилитации.

Нарушение самосознания у больных алкоголизмом наблюдается практически на всех этапах развития болезни. В то же время для успешной адаптации больного и его медико-социальной реабилитации имеет значение не только преодоление анозогнозии, но и степень критичности пациента к своим психопатологическим переживаниям, его способность оценивать свой статус как психически больного человека, а также адекватность восприятия внешних обстоятельств, собственной личности и своих возможностей. Искажение этих показателей затрудняет приспособляемость к среде (2). Имеет значение не только критичность больных к своему психическому и физическому здоровью, но и их отношение к различным сторонам своего функционирования, удовлетворенность своей жизнью в целом и ее различными составляющими, то есть показатели качества жизни.

Проблема качества жизни обсуждается в медицинской литературе с 60-х годов прошлого века. Значительное количество работ опубликовано интернистами: онкологами, кардиологами, пульмонологами, нефрологами и другими специалистами. В настоящее время в мире ежегодно выходит около 2 000 публикаций по этой проблеме (19).

В 80-х годах появились работы, посвященные качеству жизни психически больных (11, 17), а в 90-х – больных наркологического профиля (10, 18), что явилось важным шагом в развитии гуманистического направления в медицинской науке и практике.

Первое определение качества жизни в статье «Медицина и качество жизни» дал J.R.Elkinton как «гармонии внутри человека и между человеком и миром» (13).

Позже A.F.Lehman (21) определил качество жизни как «чувство благополучия и удовлетвореннос-

ти, испытываемое людьми, находящимися в определенном моменте в тех или иных условиях». По определению ВОЗ, качество жизни – это «восприятие людьми своего положения в жизни в зависимости от культурных особенностей и системы ценностей и в связи с их целями, ожиданием, стандартами и заботами» (8, 31). Таким образом, под качеством жизни понимается достижение целей, задач, желаний, к которым человек стремится, соответствие образа жизни, который человек хотел бы вести, реальному положению вещей (4). Речь идет о соответствии идеального представления о жизни индивидуума реально существующей ситуации.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что качество жизни психически больных, в том числе больных алкоголизмом, ниже, чем в общей популяции (21, 22).

Удовлетворенность качеством жизни зависит от пола (24), длительности наблюдения в психоневрологических учреждениях (22), уровня самооценки и самоактуализации (10). Значительное влияние на качество жизни оказывают аффективные (23, 31), диссомнические (20), обсессивно-компульсивные (18) и тревожные расстройства (14). Существенно и влияние лечебных программ, в том числе психотерапии.

Качество жизни, как во многом субъективный показатель, создает значительные сложности в оценке. Это обстоятельство привело к созданию серии шкал и опросников: Global Assessment Scale (GAS), Social Adjustment Scale (SAS), Quality of Life Scale (QLS), Progres Evaluation Scales (PES), опросник КЖ–100, шкала 36-item Medical Outcome Study (SF-36), Short-Form Health Survey (MOS-SF-36), WHOQOL study protocol (25, 30).

Все эти психометрические инструменты имеют крен в область субъективной оценочности (25), что создает дополнительные трудности в работе с психически больными людьми (24, 34). Важен учет всего комплекса показателей, отражающих различные стороны жизни больного и их субъективную оценку. Продуктивным является многоаспектный подход к оценке качества жизни (19). Он позволя-

ет оценивать такие параметры как: благополучие (удовлетворенность), функциональное состояние, социальные и экономические условия жизни, влияние болезни на функциональные способности пациента, степень возникающего дефицита в сомато-психической сфере, влияние лечения на все стороны функционирования, адаптация на разных стадиях течения болезни (обострение, формирование ремиссии, ремиссия) (1).

Ни одна из используемых шкал в полной мере не удовлетворяет потребностей исследования, а использование в работе их сочетаний порождает дублирование и избыточность измерений. Поэтому процесс совершенствования психометрического инструментария продолжается.

Так, И.Я.Гуровичем и А.Б.Шмуклером был разработан и валидизирован опросник для оценки диспансерного контингента психически больных (3, 4).

А.Г.Соловьевым и соавт. разработана методика определения качества жизни больных алкоголизмом, включающая 3 шкалы для выявления настроения больного на лечение, особенностей его эмоционального состояния, а также взаимоотношений с родственниками (7). Этими же авторами разработан «Опросник качества жизни больных хроническим алкоголизмом».

Работы, посвященные качеству жизни больных с химической зависимостью, до настоящего времени остаются редкими (16). Установлено, что показатели качества жизни больных алкоголизмом в сфере психического благополучия и исполняемых ролей ниже, чем в общей популяции (14). Оно зависит от наследственной отягощенности психическими и соматическими заболеваниями, степени тяжести алкогольной болезни (16, 32). Аффективные расстройства ухудшают качество жизни у больных алкоголизмом (33) и оно очень зависит от характера лечения (27).

Надо заметить, что «Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» и методика А.Г.Соловьева и соавт., (7) позволяют исследовать пациента уже в стадии развития заболевания и оценивать социально-психологические условия его функционирования на данном отрезке времени. Они оставляют за рамками изучения преморбидный период и детский возраст. С целью учета особенностей развития и функционирования пациента на донологическом этапе потребления алкоголя и изучения влияния этих условий на субъективное восприятие качества жизни на различных этапах аддиктивной болезни, на основе «Опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» (3) и «Опросника качества жизни больных хроническим алкоголизмом» (7) разработан «Опросник качества жизни больных хроническим алкоголизмом», в который, в соответствии с целями научного исследования, включен раздел о детстве пациента. В нем с целью изучения влияния на качество жизни пациентов введены такие показатели как: образование родителей, их трудовой статус,

материальное положение родительской семьи, жилищные условия пациента в детстве, характер взаимоотношений в родительской семье, структура и функции родительской семьи, характер воспитания пациента (6).

В настоящее время данный опросник проходит этап валидации при изучении качества жизни у 50 больных алкоголизмом на различных стадиях развития болезни.

Опросник состоит из 29 вопросов и содержит 3 шкалы. По шкале «А» определяется основные характеристики качества жизни. В качестве составляющих опросника выделены следующие блоки:

1. Индекс качества жизни в детстве (ИКЖД, вопросы I–VII)
2. Индекс материальной обеспеченности (ИМО, вопросы XII–XV)
3. Индекс культурно-образовательный (ИКО, вопросы VIII, IX, XI)
4. Индекс социальных контактов (ИСК, вопросы X, XVI–XXII, XXVIII)
5. Индекс общего состояния здоровья (ИОСЗ, вопросы XXIII–XXVII, XXIX)

Поскольку качество жизни – интегративный показатель, был введен обобщающий суммарный показатель уровня качества жизни (УКЖ) больных алкоголизмом (7). Этот показатель образуется путем суммирования баллов по пяти выделенным индексам (блокам).

Теоретически возможной оценкой максимального уровня является 124 балла. Итоговые значения индекса могут значительно варьировать, что позволяет выделить низкий, средний и высокий уровни качества жизни (табл.1).

В связи с предполагаемой неадекватностью самооценок больных алкоголизмом вследствие алкогольной анозогнозии, личностных и интеллектуально-мнестических расстройств, достоверность полученных по шкале «А» данных дополняется выделяемым индексом благополучия качества жизни (ИБКЖ). Этот индекс в соответствии с технологией, предложенной А.С.Соловьевым и соавт. (29), определяется путем использования шкалы «В» (26 вопросов).

Количество баллов по данной шкале отражает уровень морального удовлетворения больных качеством жизни (табл. 2).

Субъективная оценка зависимости качества жизни от употребления спиртных напитков измеряет-

Таблица 1

Уровни индексов качества жизни больных алкоголизмом

Индексы качества жизни	Уровни индексов качества жизни в баллах		
	низкий	средний	высокий
ИКЖД	7–11	12–18	19–25
ИМО	4–7	8–12	13–17
ИКО	6–9	10–19	20–26
ИСК	8–13	14–26	27–37
ИОСЗ	5–9	10–14	15–19
УКЖ	30–54	59–89	94–124

Таблица 2

Степень удовлетворения качеством жизни больных алкоголизмом

Критерии удовлетворенности качеством жизни	Границы критерия в баллах	Степень удовлетворенности качеством жизни
безразличное отношение	26	неопределима
абсолютно не удовлетворен	27–52	низкая
удовлетворен не полностью	53–78	средняя
удовлетворен полностью	79–104	высокая

Таблица 3

Зависимость качества жизни больных алкоголизмом от употребления спиртных напитков

Зависимости качества жизни от употребления спиртных напитков	Граница критерия в баллах
сильная	20–29
средняя	10–19
слабая	0–9

ся по альтернативным ответам респондентов по шкале «С» (29 вопросов) и, в зависимости от набранных баллов, может быть классифицирована как сильная, средняя или слабая (табл. 3).

С помощью данного опросника исследовано качество жизни у 20 мужчин больных алкоголизмом в возрасте $41,3 \pm 2,7$ года.

Больные были разделены на две группы. В первую группу вошли 10 больных алкоголизмом в состоянии абстинентного синдрома с легкой степенью выраженности симптоматики. Вторую группу составили 10 больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии, длившейся сроком от 6 месяцев до 3 лет. В качестве контрольной группы были взяты 10 мужчин аналогичного возраста без признаков алкогольной зависимости.

Целью исследования было определение различий в качестве жизни у больных алкоголизмом, находящихся в состоянии абстиненции и в ремиссии по сравнению со здоровыми.

Использовались следующие методы: анкетирования, клинико-психопатологический, метод «самооценки» Т.В.Дембо-С.Я.Рубинштейн. Все данные подверглись статистической обработке.

Больные алкоголизмом во время существования алкогольного абстинентного синдрома (БААС) оценивали качество своей жизни в детстве как очень среднее. Из 25 возможных баллов они набрали в среднем $16,9 \pm 1,0$. Пациенты этой группы выросли в семьях, где образовательный статус родителей был, как правило, невысок. В основном они имели среднее образование и работали на должностях рабочих и служащих низшего звена. Нередко эти семьи были дисгармоничными, деструктогенными. Часть обследуемых росли в неполных, неполных-расширенных, деформированных, расширенных-деформированных семьях, в условиях недостатка опеки и контроля, истинного интереса к делам, проблемам и увлечениям ребенка. Подростки оказывались во многом пре-

доставлены сами себе, они были лишены реальных возможностей удовлетворения духовных потребностей, развития способностей. Социально-бытовые условия пациентов в детстве, как правило, были неудовлетворительными. Они проживали в малогабаритных или коммунальных квартирах, где у детей не было своей комнаты или даже угла, стола. С раннего детства они испытывали фрустрацию из-за тесноты, бедности, отказов в удовлетворении потребностей в игрушках, книгах, модной одежде, обуви, дефицита карманных денег, ограниченного питания. Вместе с тем, многие пациенты этой группы в ретроспективной оценке качества жизни в детстве явно нивелировали различные отрицательные стороны этого периода жизни. Они были склонны давать в целом позитивную оценку родителям, их стилю воспитания, социально-бытовым условиям жизни («жили как все, питались нормально, их воспитывали правильно»). Качество жизни в детстве получало явно завышенную оценку, было эмоционально позитивно окрашено.

Индекс материальной обеспеченности пациенты этой группы также оценивали как средний ($11,9 \pm 0,5$ баллов из 17 возможных). Свое материальное положение они квалифицировали как удовлетворительное («ограниченный рацион питания, одежда с рынка, изредка недорогой отдых»), жили в стесненных жилищных условиях, не имели отдельной комнаты в квартире, питание было бедным по ассортименту блюд («все необходимое, без излишеств»).

Культурно-образовательный уровень пациентов оказался невысоким. Они получили среднее или средне-специальное образование, занимались квалифицированным трудом, нерегулярно читали популярную художественную литературу и «желтую» прессу, иногда смотрели телепередачи и изредка работали за компьютером. Редко посещали культурно-развлекательные центры (театры, кинотеатры, концертные залы и др.).

Индекс социальных контактов также уложился в средние значения ($26,2 \pm 1,9$ из 37 возможных). Пациенты относительно редко (не чаще 1 раза в 5 лет) меняли место работы. Они были разведены и жили с родителями или находились в состоянии гражданского брака, занимали подчиненное положение в семье, обслуживали только себя и частично других членов семьи и имели неустойчивые, нестабильные и гипозэмоциональные отношения с родственниками.

Индекс общего состояния здоровья также характеризовался средними значениями ($14,2 \pm 0,9$ баллов из 19 возможных). Свое физическое и психическое состояние на момент обследования больные характеризовали как плохое, аффективный фон был снижен, и их жизнь в целом оценивалась как неблагополучная. Они отмечали у себя наличие тех или иных соматических заболеваний, чаще сердечно-сосудистых и желудочно-кишечного тракта. Суицидальных мыслей и тенденций, как правило, не было.

Интегративный показатель уровня качества жизни (УКЖ) в этой группе суммировался в пределах средних баллов (84,1±3,8 баллов из 124 возможных). В то же время степень удовлетворенности КЖ диссонировала со всеми предыдущими индексами и оценивалась пациентами как высокая (83,2±2,1 балла из 104 возможных). Это свидетельствовало, с одной стороны, о неустойчивости внимания, недостаточности организации действий, нарушении контроля умственной деятельности, неспособности критически оценивать свои выводы и умозаключения, тугоподвижности мышления, с другой стороны, о недостаточной критике как к собственному состоянию, так и к сложным взаимоотношениям с окружающей действительностью.

Зависимость КЖ от употребления спиртных напитков БААС оценивали низко (7,9±1,0 баллов из 29 возможных), что также можно объяснить не критичностью больных, анозогнозией, неспособностью понять роль потребления алкоголя в их жизни, связь пьянства с негативными событиями, влиянием на здоровье. Потребление алкоголя явно вышло из зоны критики.

В группе пациентов, находившихся в состоянии длительной ремиссии, ИКЖД был выше, чем у пациентов группы БААС и составил 18,3±0,9. Пациенты этой группы более оптимистично оценивали условия своей жизни в детстве. Они выше, чем БААС оценивали материальное положение родительской семьи, жилищные условия в детстве, характер взаимоотношений в семье и особенности воспитания в ней.

Индекс материальной обеспеченности был высоким и оценивался в 13,4±0,9 баллов из 17 возможных. Пациенты квалифицировали свое материальное положение как удовлетворительное или даже хорошее. Они были удовлетворены своими жилищными условиями, так как проживали в отдельной квартире, а обеспеченность одеждой и питанием оценивали как хорошие («богатый гардероб, питание без ограничений»).

Культурно-образовательный индекс в этой группе также был высоким (20,9±0,6 баллов из 26 возможных). Пациенты имели высшее или незаконченное высшее образование, занимались квалифицированной работой в негосударственных предприятиях. Они ежедневно читали художественную или специ-

альную литературу, часто смотрели телевизионные передачи, читали газеты и работали за компьютером.

Индекс социальных контактов в этой группе был высоким (33,4±0,8 баллов из 37 возможных). Пациенты редко меняли место работы, имели семью, где занимали, как правило, равноправное положение. У них были хорошие взаимоотношения с родственниками и сотрудниками по работе, к ним не было претензий со стороны правоохранительных органов.

Индекс общего состояния здоровья также оценивался ими высоко (15,4±0,6 баллов из 19 возможных). Свое физическое и психическое состояние больные характеризовали как удовлетворительное или хорошее, жизнь в целом оценивали как благополучную. Отмечали наличие в прошлом хронических заболеваний, которые в настоящее время их не беспокоили. В итоге уровень качества жизни в целом получил высокую оценку (101,4±1,9 баллов из 124 возможных). С этим коррелировала и степень удовлетворенности качеством жизни. Она была высокой – 84,5±3,6 балла из 104 возможных.

Больные в длительной ремиссии оценивали зависимость качества жизни от употребления спиртных напитков слабо (8,4±1,6 баллов из 29 возможных).

Группа здоровых лиц при проведении исследования дала высокие показатели по всем индексам. Зависимость качества жизни от употребления спиртных напитков она оценила как минимальную – 3,4±1,0 баллов из 29 возможных.

Различия между группами по изучаемым показателям представлены в табл. 4.

Результаты сравнения группы здоровых лиц и больных в состоянии алкогольного абстинентного синдрома и длительной ремиссии показали следующее:

1. Больные алкоголизмом во время ААС крайне низко оценивают свое материальное положение. Это касается и жилищных условий, и обеспеченности одеждой, и характера питания. У больных в состоянии длительной ремиссии средний балл оценки повышается и по своей величине приближается к таковой в группе здоровых лиц. Вероятно, такие различия связаны с аффективными расстройствами в структуре алкогольного абстинентного синдрома, которые понижают КЖ.

2. Больные алкоголизмом во время ААС низко оценивают свой культурно-образовательный индекс. Снижение этого показателя идет за счет профессиональ-

Таблица 4

Результаты сравнения обследуемых групп по «Опроснику качества жизни больных хроническим алкоголизмом»

Параметры сравнения	ГЗЛ	ГЗЛ	БДР
	БААС	БДР	БААС
ИКЖД	t = 1,7 (p>0,05)	t = 0,5 (p>0,05)	t = 1 (p>0,05)
ИМО	t = 2 (p<0,05)	t = 0,4 (p>0,05)	t = 1,5 (p>0,05)
ИКО	t = 5,6 (p<0,05)	t = 0,6 (p>0,05)	t = 4,7 (p<0,05)
ИСК	t = 2,8 (p<0,05)	t = 1,3 (p>0,05)	t = 3,6 (p<0,05)
ИОСЗ	t = 1 (p>0,05)	t = 0,2 (p>0,05)	t = 1,2 (p>0,05)
УКЖ	t = 3,9 (p<0,05)	t = 0 (p>0,05)	t = 4,1 (p<0,05)
Степень удовлетворенности КЖ	t = 2,2 (p<0,05)	t = 1,2 (p>0,05)	t = 0,3 (p>0,05)
Зависимость КЖ от употребления спиртных напитков	t = 3,2 (p<0,05)	t = 2,6 (p<0,05)	t = 0,3 (p>0,05)

ной и досуговой составляющих, так как эта группа больных, как правило, попадала на лечение после увольнения и баллы по разряду профессионального статуса они просто не добивали. Поскольку в последнее время накануне госпитализации больные не интересовались средствами массовой информации, не читали художественной литературы и не прикасались к компьютеру, то и здесь был дефицит баллов.

3. В состоянии длительной ремиссии больные алкоголизмом почти полностью восстанавливают свой культурно-образовательный потенциал, который был приближен к таковому в группе здоровых лиц.

4. Аналогичным образом ведет себя индекс социальных контактов. Из среднего уровня оценок при алкогольном абстинентном синдроме он в состоянии ремиссии перемещается на высокий уровень, приближаясь к таковому в группе здоровых. Это происходит благодаря тому, что в ремиссии пациенты «возвращаются» в семью, из подчиненного положения в ней переходят в статус равноправного члена или даже главы семьи, начинают принимать более активное участие в семейно-бытовых делах, улучшаются их взаимоотношения с родственниками и сотрудниками по работе, расширяется круг общения.

5. Больные во время ААС неадекватно оценивают свой индекс общего состояния здоровья, дают завышенные оценки. Эта тенденция сохраняется и в ремиссии. В сравнении как с группой здоровых, так и с пациентами в ремиссии этот индекс не имеет достоверных различий. Это обстоятельство позволяет высказать предположение, что у больных алкоголизмом анозогнозия охватывает не только психическую патологию, но и распространяется на коморбидные соматические расстройства.

6. Интегративный показатель качества жизни больных в состоянии абстиненции значительно ниже, чем аналогичный показатель в ремиссии и в группе здоровых лиц. Таким образом, субъективная оценка качества жизни больных во время ААС самая низкая. В группе больных с длительной ремиссией качество их жизни приближается к уровню группы здоровых лиц.

7. Степень удовлетворенности качеством жизни больных в состоянии абстиненции самая низкая и достоверно отличается от таковой в группе здоровых. В то же время, в состоянии длительной ремиссии удовлетворенность качеством жизни не достигает уровня, отмечаемого в группе здоровых. Возможно, это объясняется наличием хронических аффективных расстройств (депрессивных, тревожных) у больных алкоголизмом на всех этапах болезни.

8. Показатель зависимости качества жизни от употребления спиртного в группе здоровых существенно отличается от аналогичного показателя как в группе больных во время ААС, так и у лиц, находящихся в ремиссии. Здоровые не видят значимой связи между качеством жизни и алкоголем. Больные алкоголизмом как в состоянии абстиненции, так и в ремиссии оценивали связь между потреблением алкоголя и качеством их жизни в эти периоды как низкую. При этом их оценки были одинаковыми.

9. Больные в состоянии длительной ремиссии в значительной степени реализуют реабилитационный потенциал и восстанавливают навыки функционирования в семейной, профессиональной и социально-бытовой сферах. Активизация когнитивной сферы позволяет им приблизиться в оценке основных сторон качества жизни к аналогичной оценке в группе здоровых лиц. Вместе с тем, они остаются «родственной» группой с больными, находящимися в состоянии ААС, с которыми их сближает большинство исследуемых параметров. Так, из 8 сравниваемых параметров у этих двух групп больных алкоголизмом только по двум (культурально-образовательному индексу и индексу социальных контактов) получены достоверные различия.

10. Качество жизни в детстве получило одинаковую оценку во всех исследуемых группах, что, по-видимому, свидетельствует, с одной стороны, об идеальном восприятии детства, позитивной модальности его эмоциональной оценки, а, с другой стороны, о развитии перфорационной амнезии (5) у больных алкоголизмом, когда информация воспроизводится частично, избирательно и негативные события прошлого могут стираться в памяти.

Проведено также исследование и сравнение показателей в трех указанных группах по методу Дембо-Рубинштейн. Изучалось, как группы оценивали себя по следующим параметрам: здоровье, ум, характер, успех и счастье. Результаты приведены в табл. 5.

Как следует из табл. 5, все три исследуемые группы показали практически одинаковые результаты. Наибольшее удивление здесь вызывает сравнение показателей больных во время ААС с группой здоровых лиц и группой больных во время длительной ремиссии. Безусловно, эти вопросы нуждаются в специальном исследовании, по-видимому, на большей выборке. Здесь же мы ограничимся следующими соображениями. Больные во время ААС при психологическом исследовании демонстрировали неустойчивость и сниженный

Таблица 5

Результаты сравнения показателей различных групп при оценке по шкале Дембо-Рубинштейн

Параметры сравнения	ГЗЛ		БДР	
	БААС	БДР	БААС	БДР
Здоровье	t=1 (p>0,05)	t=1 (p>0,05)	t=0,2 (p>0,05)	t=0,2 (p>0,05)
Ум	t=0,8 (p>0,05)	t=0,8 (p>0,05)	t=1,4 (p>0,05)	t=1,4 (p>0,05)
Характер	t=1,2 (p>0,05)	t=0,1 (p>0,05)	t=0,4 (p>0,05)	t=0,4 (p>0,05)
Успех	t=0 (p>0,05)	t=0,7 (p>0,05)	t=0,7 (p>0,05)	t=0,7 (p>0,05)
Счастье	t=0,2 (p>0,05)	t=0,4 (p>0,05)	t=0,1 (p>0,05)	t=0,1 (p>0,05)

объем внимания, повышенную отвлекаемость и утомляемость, трудность сосредоточения внимания, инерционную переключаемость и неравномерность распределения внимания при осмыслении заданий, небрежность при их выполнении, идеаторную и мнестическую заторможенность, ослабление удержания и воспроизведения информации, диссоциированные показатели самооценки (особенно явно завышенные показатели по оценке собственного здоровья, ума и своего характера). Отмечались следующие когнитивные нарушения: ослабление способности к анализу и синтезу, снижение уровня обобщений и искажение процесса обобщения, конкретность, разноплановость, инертность, снижение критичности. Значительно ослаблялась целенаправ-

ленность мыслительного процесса, утрачивалась способность к адекватной самооценке. Этими особенностями психического состояния больных во время существования ААС можно объяснить завышенные показатели оценки своего состояния здоровья, ума, собственного характера, успеха в жизни и ощущения счастья, что привело к стиранию достоверных различий по этим показателям с двумя другими группами. Отсутствие достоверных различий по этим шкалам между здоровыми и больными алкоголизмом во время длительной ремиссии свидетельствует об определенной обратимости аффективных и интеллектуально-мнестических расстройств. Это касается прежде всего сферы ощущений, восприятий, внимания, памяти, и интеллекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бараненко А.В., Калинин О.Б. Оценка качества жизни у лиц, зависимых от алкоголя (обзор) // Украинский вісник психоневрології. – 2003. – Т. 11, Вып. 2. – С. 98–71.
2. Бояршинова Т.Н. Роль психотических факторов в социально-трудовой адаптации больных вялотекущей шизофренией. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1984. – 23с.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психических больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 35–40.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2004. – 492 с.
5. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 528 с.
6. Никифоров И.И. Проблема качества жизни у больных алкоголизмом и совершенствование скринирующего психометрического инструментария // Наркология. – 2005. – № 7. – С. 53–63.
7. Соловьев А.Г., Сидоров П.И., Кирпич И.А. Оценка качества жизни больных хроническим алкоголизмом // Независимый психиатрический журнал. – 2000. – № 3. – С. 37–42.
8. Amir M. The World Health Organization quality of life assessment // Europ. Psychiatr. – 1994. – Vol. 9, Suppl. 1. – P. 68s.
9. Aronson S.M. Cost-effectiveness and quality of life in psychosis: the pharmacoeconomics of risperidone // Clinical Therapeutics. – Vol. 19, N 1. – P. 193–147.
10. Atkinson M., Zibin S., Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology // Am. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 154, N 1. – P. 99–104.
11. Baker F., Intagliata J. Quality of life in the evolution community support system // Evaluation and Programm Planning. – 1982. – Vol. 5. – P. 69–79.
12. Daepfen J.B., Krieg M.A., Burnand B., Yersin B. MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients // Am. J. Drug Alcohol Abuse. – 1998. – Vol. 24, N 4. – P. 658–694.
13. Elkinton J. Medicine and the quality of life // Annals Int. Med. – 1966. – Vol. 64. – P. 711–714.
14. Ettigi P., Meyarhoff A.S., Chirban J.T. et al. The quality of life and employment in panic disorder // J. Nerv. Ment. Dis. – 1997. – Vol. 185, N 6. – P. 368–375.
15. Forster 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, N 11. – P. 1687–1692.
16. Forster J.H., Powell J.E., Marshall E.J., Peters T.J. Quality of life in alcohol-dependent subjects – a review // Qual. Life Res. – 1999. – Vol. 8, N 3. – P. 225–261.
17. Heinrichs D.W., Hanlon T.E., Carpenter W.T. The quality of life scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome // Schizophr. Bull. – 1984. – Vol. 10, N 3. – P. 388–398.
18. Hollander E. A pharmacoeconomic and quality of life study of obsessive-compulsive disorder // World Congress of Biological Psychiatry. Satellite Symposium “New Perspectives in Obsessive-Compulsive Disorder”. – Nice, 1997. – P. 5–6.
19. Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? // Current Opinion in Psychiatry. – 1997. – Vol. 10. – P. 337–345.
20. Kelly F., Delahaye C., Le Gal M. Quality of life and insomnia // JAMA – 1993. – Vol. 9, Suppl. 1. – P. 21–26.
21. Lehman A.F. The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessment among the chronic mentally ill // Evaluation and Program Planning. – 1983. – Vol. 6. – P. 143–151.
22. Lehman A.F., Possidente S., Hawker F. The quality of life and chronic patients in a state hospital and in community residences // Hosp. Comm. Psychiatr. – 1986. – Vol. 37, N 9. – P. 901–907.
23. Lehman A.F. A quality of life in review for the chronically mentally ill // Evaluation and Program Planning. – 1988. – Vol. 11. – P. 51–62.
24. Lehman A.F., Postrado L.T., Rachuba L.T. Convergent validation of quality of life for persons with severe mental illness // Quality of Life Research. – 1993. – Vol. 2, N 5. – P. 327–333.
25. Lehman A.F. Instruments for measuring quality of life in mental illness // Quality of life in mental disorders / H.Katschnig, H.Freeman, N.Sartorius (Eds.). – Chichester, 1997.
26. Linden M. Antidepressant medication and improvement of quality of life // WPA teaching bulletin on depression. – 1996. – Vol. 3, N 9. – P. 4–5.
27. 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. – 1994. – Vol. 12, Suppl. – P. 119–129.
28. Ludiard R.B. Effects of sertaline on quality of life. – Orlando, 1993. – 10 p.
29. Naber D. A self-rating to measure subjective effects of narcoleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables // Int. Clin. Psychopharmacol. – 1995. – Vol. 10, Suppl. 3. – P. 133–138.
30. Oliver J., Huxley P., Dridges K., Mohamad H. Quality of life and mental health services. – London – New York, 1996. – 310 p.
31. Orley J., Saxena S., Herrman H. Quality of life and mental illness // Br. J. Psychiatry. – 1998. – Vol. 127. – P. 289–293.
32. Polak K. The evaluation of the quality of life among professional soldiers with diagnosed alcohol addiction syndrome // Psychiatr. Pol. – 2001. – Vol. 35, N 6. – P. 1057–1070.
33. Rudolf H., Priebe S. Subjective quality of life and depressive symptoms in women with alcoholism during detoxification treatment // Drug Alcohol Depend. – 2002. – Vol. 66, N 1. – P. 71–76.
34. Sainfort F., Becker M., Diamond R. Judgements of quality of life of individuals with severe mental disorders // Am. J. Psychiatry. – 1996. – Vol. 153. – P. 497–502.

THE QUALITY OF LIFE IN ALCOHOL-DEPENDENT PATIENTS IN RELAPSE AND REMISSION

A. G. Gofman, I. I. Nikiforov

The issue of the quality of life of alcoholics is an important subject that has not been substantially studied so far. Medicine knows many quality-of-life scales and questionnaires, but none of them fully satisfy the requirements for the quality-of-life evaluation in patients with

addictions. This article suggests a new improved version of the quality-of-life questionnaire for patients with alcohol disease. For the first time, using this new instrument, the authors describe the main characteristics of quality of life in alcohol-dependent patients in relapse and remission.