Оценка качества ремиссии у больных алкогольной зависимостью на основе клинических и социально-психологических критериев реадаптации к трезвости

К.В. Рыбакова, Л.А. Дубинина, Н.Г. Незнанов, А.С. Киселев, Е.М. Крупицкий
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева

Резюме. Проведено комплексное проспективное когортное исследование качества ремиссии 80 больных с алкогольной зависимостью (АЗ) на этапах становления ремиссии. Период наблюдения составил 1 год с оценкой состояния 1 раз в 3 мес после купирования алкогольного абстинентного синдрома. Оценке подлежали уровень психопатологических расстройств, показатели социального функционирования и субъективная оценка восприятия качества жизни (КЖ). По интегральной оценке этих трех диагностических блоков делалось заключение о качестве ремиссии (компенсированная, субкомпенсированная, некомпенсированная). Кластерный анализ позволил выделить группу риска: пациентов, у которых на протяжении всего срока наблюдения сохранялись аффективные расстройства, низкий уровень социальной адаптации и субъективной оценки КЖ, что являлось предпосылками рецидива АЗ.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, качество жизни.

Evaluation of the quality of remission in patients with alcohol dependence based on the clinical and psychosocial assessments

K.V. Rybakova, L.A. Dubinina, A.S.Kiselev, E.M. Krupitsky
St.-Petersburg V.M. Bechterev psychoneurological research institute

Summary. A comprehensive prospective cohort study on the quality of remission of 80 patients with alcohol dependence (AD) at the stages of remission was conducted. Follow-up was 1 year with pscyhometric evaluation done once every 3 months after detoxification (assessments included level of psychopathological disorders, social functioning and subjective assessment of the quality of life (QOL). Conclusions about the quality of remission (compensated, subcompensated, not compensated) were made through the integral evaluation of all the assessments. Cluster analysis allowed to identify a group of patients with high risk of relapse: Those who throughout the period of observation had affective disorders, poor social adaptation and low subjective assessment of quality of life.

Key words: alcohol dependence, remission, quality of life.

Стабилизация и повышение качества ремиссий (КР) у больных с алкогольной зависимостью (АЗ) являются актуальной проблемой современной наркологии. Это связано как с высокой распространённостью АЗ, так и с недостаточной готовностью специализированной наркологической службы к практическому решению задач эффективной психологической и социальной реабилитации больных [9, 10, 18]. Неполный охват больных АЗ диспансерным наблюдением, нередкие предложения краткосрочной одномоментной помощи в значительной степени вытесняют комплексный подход к лечению этого заболевания. После проведения так называемых «сциентистски декорированных» методов терапии (плацебо-опосредованной суггестии) без дальнейшей врачебной курации больные АЗ не получают необходимого объема помощи, что ведёт к прогрессированию болезни [11], хронизации депрессивных, апатических и ангедонических состояний [12].

Очевидность недостаточности критерия «длительность ремиссии» для анализа результатов лечебно-реабилитационных мероприятий требует разработки методов оценки КР с использованием объективных квантифицированных психометрических инструментов. Важной характеристикой качества ремиссии является уровень реадаптации больного АЗ к трезвой жизни. Термин «адаптированность» включает уровень физического приспособления человека, уровень его социального функционирования и самоощущение удовлетворенности или неудовлетворенности собой и своей жизнью [17]. Кроме клинической оценки, проводимой врачом, гуманизация медицины требует использования субъективных критериев оценки результатов лечения. Одним из показателей личностно-психологической адаптации человека является субъективная оценка жизненного благополучия — качества жизни (КЖ). Несмотря на значительное число работ, посвященных изучению КЖ у больных АЗ, проспективные динамические исследования являются редкими [3, 13, 22,26, 29]. Наибольший интерес представляет изучение динамики субъективного восприятия КЖ по мере увеличения срока трезвости, а также сравнение КЖ в контрастные фазы аддиктивного цикла — в периоды ремиссии и рецидивов.

Задачами данного исследования являлись оценка частоты и выраженности у больных АЗ в периоде ремиссии психопатологических расстройств (клинического и субклинического уровня), социального функционирования в основных сферах

жизнедеятельности, оценка субъективного восприятия качества жизни, а также сравнительная характеристика групп больных с различными по качеству типами ремиссии.

Методы исследования

В исследование было включено 88 мужчин и женщин в возрасте от 18 до 70 лет, соответствующих критериям АЗ по МКБ-10 давностью не менее 1 года с купированным алкогольным абстинентным синдромом (ААС).

Все больные включались в исследование после завершения стационарной детоксикации и при условии наличия контактного номера телефона для осуществления качественного динамического наблюдения (соблюдение графика визитов в клинику с частотой 1 раз в 3 мес в течение года). В исследование не включали больных с выраженным органическим поражением головного мозга, психотическим состоянием или тяжелым психическим заболеванием в анамнезе (шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз), а также с какой-либо иной химической зависимостью, кроме зависимости от табака.

Исследование было одобрено Этическим комитетом НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Все включавшиеся в исследование больные подписали информированное согласие на участие в данном исследовании.

Исключение из исследования. Больные исключались из исследования в случае рецидива алкоголизма, в качестве которого рассматривалось возобновление массивного ежедневного (запойного) пьянства — 3-х и более дней «тяжелого пьянства» подряд (согласно международным стандартам «тяжелое пьянство» — heavy drinking — 5 и более стандартных порций алкоголя в день для мужчин и 4 и более — для женщин).

Шкалы и опросники, использованные в исследовании. Для оценки уровня реадаптации больного АЗ к трезвому образу жизни и определения качественных характеристик ремиссии был использован комплексный динамический анализ следующих трех важнейших компонентов: 1 — уровня тяжести сохраняющихся в ремиссии психопатологических расстройств, 2 — показателей социального функционирования, 3 — субъективной оценки восприятия качества жизни.

1. Оценка психического статуса проводилась с помощью трех объективных и четырех самооценочных шкал.

1.1. Объективные (заполняемые врачами) шкалы:

1.1.1. *Шкала квантифицированной оценки выраженности психопатологических расстройств*, специально разработанная для данного исследования. По этой шкале проводилась бальная оценка 12 клинических характеристик, в число которых были включены: компоненты патологического влечения к алкоголю (ПВА), критика к болезни, установка на трезвость, депрессия, тревога, дисфория, астения, проявления психоорганического синдрома и поведенческих нарушений. Интерпретационные интервалы шкалы позволяют оценить уровень выраженности (тяжести) психопатологических расстройств в ремиссии по следующей градации: показатели, близкие к нормативным, легкая степень выраженности, средняя и тяжелая степень выраженности.

1.1.2. *Шкала общего клинического впечатления* (CGI-Clinical Global Impression) [25] применялась для общей оценки клинического статуса и динамики состояния.

1.1.3. *Клиническая шкала оценки ПВА В.Б. Альтшулера* [1] была использована для комплексного анализа эмоционального, идеаторного, поведенческого и вегетативного компонентов ПВА.

1.2. Самооценочные психометрические методики, применявшиеся в дополнение к клинической оценке для объективизации данных и выявления субклинических расстройств:

1.2.1. *Обсессивно-компульсивная шкала влечения к алкоголю* [19], предназначенная для самооценки пациентом различных проявлений влечения к алкоголю за последнюю неделю.

1.2.2. *Шкала депрессии Бека* [2,20] использовалась в данном исследовании, так как при легкой и умеренной степени депрессии самооценочные шкалы могут быть чувствительнее, чем метод врачебной оценки.

1.2.3. *Шкала тревоги Спилбергера — Ханина* [15,16] применялась для оценки реактивной тревоги и личностной тревожности у больных АЗ на этапах становления ремиссии.

1.2.4. *Шкала анозогнозии М.В. Деминой* [7] позволяла осуществлять квантифицированную оценку анозогнозии (отрицания болезни) в динамике становления ремиссии.

2. Для оценки социального функционирования применялась:

2.1. Шкала показателей социального функционирования у больных с синдромом зависимости Е.О.Бойко [3], которая количественно оценивает уровень социального функционирования в таких сферах, как трудовая деятельность, семейные отношения, контакты с друзьями и знакомыми, самообслуживание, структурирование свободного времени.

3. Для оценки субъективного восприятия качества жизни были использованы:

3.1. Шкала ВОЗКЖ-100 [4], позволяющая оценить 6 основных сфер КЖ (физическая сфера, психологическая сфера, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда и духовная сфера).

3.2. Ответы на 4 «глобальных вопроса», касающихся удовлетворенности КЖ (прямая оценка КЖ).

3.3. Соматическая коморбидность: за индекс соматической коморбидности было принято общее суммарное количество диагностированных соматических заболеваний, явившихся следствием хронической алкогольной интоксикации.

Весь комплекс диагностических инструментов использовался при включении в исследование и далее 1 раз в три мес в течение года.

Заключение о типе КР проводилось на основании интегральной оценки полученных показате-

лей. Ремиссия оценивалась как компенсированная при отсутствии нарушений по шкале комплексной оценки психопатологических расстройств (0-5 баллов), показателях шкалы ОКВ соответствующих 1-2 баллам, стабильном социальном функционировании (0-10 баллов) и положительных, на уровне хорошей нормы субъективных оценках восприятия качества жизни (свыше 210 баллов). Ремиссия характеризовалась как субкомпенсировая при сохранении психопатологических расстройств легкой степени выраженности (6-11 баллов по квантифицированной шкале и 3 балла по шкале ОКВ), среднем уровне социального функционирования (11-20 баллов) и субъективного восприятия КЖ (133-210 баллов по шкале ВОЗ КЖ-100). Тип ремиссии считался некомпенсированным при сохранении психопатологических расстройств, оцениваемых свыше 12 баллов по квантифицированной шкале, 4 и более баллов по шкале ОКВ, низком уровне социального функционирования (21 и более баллов) и плохом качестве жизни (до 133 баллов по шкале ВОЗКЖ-100).

Статистическая обработка

Для ведения базы данных с информацией обо всех пациентах и каждом их визите, а также для статистического анализа данных использовался статистический пакет SPSS. В целях соблюдения конфиденциальности вся информация о пациентах в базе данных была закодирована, персональные данные нигде не упоминались, кроме формы информированного согласия.

В качестве статистических характеристик были рассчитаны средние, стандартные ошибки и среднеквадратичные отклонения. Для качественных признаков были подсчитаны частоты и процентные соотношения. Сравнение результатов для количественных показателей между визитами проводили с помощью дисперсионного анализа с повторениями (ANOVA repeated measures). Для сравнения качественных признаков применялся точный критерий Фишера. В качестве меры связи между показателями был применен коэффициент корреляции Пирсона.

Для выявления однородных групп пациентов был проведен двухэтапный кластерный анализ. В качестве переменных были использованы следующие показатели: частота ПВА, клиническая оценка тревоги, клиническая оценка депрессии, установка на трезвость, качество жизни по 4 «глобальным вопросам», общее качество жизни, обсессивно-компульсивная шкала ПВА, выраженность ПВА по шкале Альтшулера, реактивная тревожность по шкале Спилбергера-Ханина, личностная тревожность по шкале Спилбергера-Ханина, депрессия по шкале Бека. Показатели измерялись после месяца прекращения употребления алкоголя и далее через 3, 6 и 12 месяцев.

Различия рассматривались как статистически значимые при $p<0.05$.

Результаты

Выбывание из исследования. Из 88 больных АЗ, включенных в проспективное когортное исследование, в период наблюдения трое переехали в другой город, пятеро больных отказались от наблюдения в первые полгода. Таким образом, в статистический анализ было включено 80 больных. Через 3 месяца наблюдений рецидив заболевания наступил у 24 пациентов (30%), через 6 месяцев в группе наблюдения оставалось 45 больных (56% от исходной группы). Годовая ремиссия сохранялась у 27 больных АЗ, что составило 34% от общего числа больных, включенных в исследование.

Общая характеристика группы. Группа наблюдения состояла из 80 больных с АЗ (56 мужчин — 70% и 24 женщины — 30%), средний возраст которых составил 47±1 год. Давность формирования ААС до 5 лет имела место у 27 больных (34%), от 6 до 10 лет — у 29 человек (36%), и более 10 лет у 24 больных (30%). Тип течения АЗ у 31 больного АЗ (39%) был определен как умеренно-прогредиентный, выраженно-прогредиентный тип течения АЗ был диагностирован у 49 человек (61%). Постоянная форма употребления алкоголя отмечалась у 22 пациентов (28%), у 16 пациентов (20%) была диагностирована перемежающаяся форма, у 41 пациента была выявлена псевдозапойная форма (51%) и у 1 пациента (1%) — употребление алкоголя по типу истинных запоев.

Клинические и социально-психологические характеристики состояния больных АЗ на этапах становления ремиссии

1. Динамика показателей, характеризующих психическое состояние:

1.1. Оценка психического состояния по шкале квантифицированной оценки выраженности психопатологических расстройств и шкале общего клинического впечатления

1. Срок ремиссии 1-3 месяца

По шкале общего клинического впечатления в периоде 3-х месяцев ремиссии значительное улучшение и нормализация психического состояния отмечалась лишь у 26% больных, легкий уровень психических нарушений сохранялся у 46% больных, умеренный уровень нарушений — у 27% больных. По шкале квантифицированной оценки психического состояния наиболее часто в этом периоде ремиссии наблюдались дисфорические реакции, возникающие в рамках психоорганического синдрома или в структуре поведенческих расстройств (39 больных, 49%). У 32 больных (40%) выявлялись астенические нарушения.

1.1.2. Ремиссия 4-6 месяцев

В период ремиссии 4-6 месяцев отмечалась положительная динамика психического состояния. Значительное улучшение с приближением к норме показателей состояния по шкале общего клинического впечатления отмечалось у 27 больных (48%), легкие нарушения — у 18 больных (32%) и умеренные нарушения — у 11 больных (20%). По сравнению с начальным периодом изменение соотношений участников с различными психическими состояниями по данной шкале было статистически значимым (p=0,034, точный критерий Фишера). По шкале квантифицированной оценки психического состояния дисфорические расстрой-

ства сохранялись у 13 больных (23%), что статистически значимо отличается от исходного соотношения (p=0,004), частота астенических нарушений (выявлены у 18 больных; 32%) по сравнению с исходным состоянием изменялась в данный период незначимо (p=0,372).

1.1.3. Ремиссия 7-12 месяцев

Во втором полугодии ремиссии прослеживались отчётливые тенденции к редукции психопатологических расстройств. Выраженное статистически значимое (p<0,001, точный критерий Фишера) улучшение по шкале общего клинического впечатления состояние отмечалось у 20 больных (73%), у остальных 7 участников (27%) был диагностирован легкий уровень нарушений. При общей стабилизации психического состояния у пациентов в этот период, были выделены инертные синдромы: дисфорический и астенический, купировавшиеся незначительно. Дисфорические расстройства были выявлены у 11 больных (41%; изменения по сравнению с начальным периодом статистически не значимы: p=0,510, точный критерий Фишера). Астенические нарушения сохранялись у 9 больных (33%) (шкала квантифицированной оценки психического состояния), изменение также статистически не значимо: p=0,649.

1.2. Клиническая шкала оценки ПВА В.Б. Альтшулера

1.2.1. Срок ремиссии 1-3 месяца

Ведущими компонентами ПВА по шкале В.Б. Альтшулера в этот период были аффективный (был выявлен у 64 больных, 80%) и вегетативный (выявлен у 66 больных, 83%). Идеаторный компонент ПВА выявлялся у 51 больного (64%). Поведенческий компонент ПВА был представлен у 21 больного (26%).

Бальная оценка интенсивности ПВА в данный период представлена в табл.1.

1.2.2. Срок ремиссии 4-6 месяцев

На сроке ремиссии 4-6 месяцев произошла значительная редукция вегетативного и поведенческого компонента ПВА. Вегетативный компонент ПВА по шкале В.Б. Альтшулера был диагностирован у 30 больных (54%; по отношению к начальному периоду изменение статистически значимо: p<0,001), поведенческий — у 5 больных, что составило 9% (к начальному периоду изменения статистически значимы: p=0,014). Распространенность аффективного и идеаторного компонента ПВА снижалась в меньшей степени, хотя и статистически достоверно. Аффективный компонент ПВА сохранялся у 35 больных (62%; p=0,031), идеаторный у 24 больных (43%; p=0,022).

С увеличением срока ремиссии интегральный уровень выраженности ПВА по шкале В.Б. Альтшуллера статистически значимо снижался (табл.1).

1.2.3. Срок ремиссии 7-12 месяцев

Во втором полугодии ремиссии статистически значимой редукции подверглись идеаторный и вегетативный компоненты ПВА: вегетативный компонент был выявлен у 15 больных (56%, p=0,001), идеаторный компонент диагностировался у 7 больных (26%, p=0,001). Аффективный компонент ПВА сохранялся у 17 больных (63%; по отношению к начальному периоду изменения статистически не значимы: p=0,117, точный критерий Фишера), поведенческий компонент — у 2 больных (7%; p=0,056).

Несмотря на снижение отдельных компонентов ПВА во втором полугодии ремиссии достоверных различий в уровне интенсивности ПВА между периодом 4-6 месяцев ремиссии и периодом 7-12 месяцев обнаружено не было (табл.1).

На протяжении всего периода наблюдения выраженность ПВА по шкале Альтшулера находилась в статистически значимой взаимосвязи с астеническими нарушениями, диагностированными по шкале квантифицированной оценки психопатологических расстройств. Коэффициенты корреляции Пирсона составили: для срока ремиссии 1 месяц R=0.366 (p=0,001), для срока ремиссии 3 месяца R=0.411 (p<0.001), для срока ремиссии 6 месяцев R=0.425 (p=0.002), для срока ремиссии12 месяц R=0.632 (p<0.001).

1.3. Обсессивно-компульсивная шкала влечения к алкоголю (ОКШПВА)

1.3.1. Срок ремиссии 1-3 месяца

В первые месяцы после выписки из клиники у 56% пациентов сохранялись эпизоды идеаторных проявлений ПВА по обсессивно-компульсивной шкале ПВА. Они проявлялись в виде мыслей и воспоминаний, связанных с алкоголем, чаще всего в провоцирующих алкоголизацию ситуациях, а также на фоне усталости, эмоционального напряжения, или, наоборот, эмоционального подъема (в случаях удачи, успеха). Периодические сновидения алкогольного содержания отмечались у 22 больных (27%), у которых при описании сюжетов сновидений наблюдались заметные вегетативные реакции, эмоциональное и мимическое оживление.

1.3.2. Срок ремиссии 4-6 месяцев

Эпизодические проявления ПВА сохранялись у 26 больных (46%), то есть частота их возникновения снижалась незначимо по сравнению с периодом 1-3 месяца (p=0.124; точный критерий Фишера).

1.3.3.Срок ремиссии 7-12 месяцев

Период ремиссии более 6 месяцев характеризовался отсутствием значимых изменений частоты ПВА по сравнению с периодом 1-3 месяца. Проявления ПВА по обсессивно-компульсивной шкале в этот период отмечались у 13 больных (48%, p=0,062).

Динамика интенсивности ПВА в баллах по обсессивно-компульсивной шкале на этапах становления ремиссии представлена в табл.1. Как видно из представленных данных, выраженность ПВА снижается на сроке ремиссии 4-6 месяцев по сравнению с начальным (1-3 месяца) периодом ремиссии. Во втором полугодии ремиссии (7-12 месяцев) по сравнению с периодом ремиссии 4-6 месяцев достоверных изменений показателя ПВА по шкале ОКШПВА отмечено не было.

Таблица 1. Динамика психометрических показателей в баллах в течение первого года ремиссии.

Психометрические показатели (в баллах)	Сроки ремиссии		
	1-3 мес	4-6 мес	7-12 мес
ПВА по шкале Альтшулера	3,44±1,94	2,48±1,96*	1,63±1,71*
ПВА по ОКШПВА	1,86±2,36	1,08±1,30*	0,80±1,61 *
Депрессия по шкале Бека	8,35±5,92	6,78±4,87	5,63±4,40*
Реактивная тревога по шкале Спилбергера-Ханина	37,51±8,31	36,63±8,63	34,33±6,10
Анозогнозия по шкале Деминой	26,90±6,68	25,74±6,06	23,23±3,99*

Примечания: 1. данные представлены в виде M±SD, где M — среднее значение, SD- среднеквадратическое отклонение. 2. * — достоверность различий по данным дисперсионного анализа: p<0.05 по отношению к периоду 1-3 мес.

Таблица 2. Влияние уровня анозогнозии по шкале М.В. Деминой на наступление события «рецидив»

Период наблюдения	Количество участников	Уровень анозогнозии по шкале М.В. Деминой в баллах		Уровень значимости (критерий Стьюдента)
		Рецидив	Ремиссия	
1-3 мес	80	29,75±8,36	23,75±4,51	0,002
4-6 мес	56	29,55±4,11	24,04±4,67	0,001
7-12 мес	45	28,28±6,31	22,67±3,89	0,002

Примечание: Данные представлены в виде M±SD, где M — среднее значение, SD- среднеквадратическое отклонение.

1.4. Шкала депрессии Бека и клиническая врачебная оценка депрессивных расстройств.

1.4.1. Срок ремиссии 1-3 месяца

По шкале клинической врачебной оценки депрессивные расстройства в этот срок ремиссии диагностировались у 17 больных (21%). Шкала депрессии Бека была более чувствительной, при ее использовании депрессивные расстройства выявлялись у 27 больных (34%).

1.4.2. Срок ремиссии 4-6 месяцев

Достоверных различий в выраженности и частоте депрессивных расстройств по сравнению с предыдущим периодом обнаружено не было. Клинически очерченные депрессивные нарушения диагностировались у 9 больных (18%), депрессивные расстройства, преимущественно легкой степени выраженности, по шкале Бека определялись у 14 больных (28%).

1.4.3. Срок ремиссии 7-12 месяцев

По объективным врачебным оценкам депрессивные состояния наблюдались лишь у 4 больных (13%), по шкале депрессии Бека симптомы депрессии были выявлены у 6 больных (20%). Во втором полугодии ремиссии снижение частоты аффективных расстройств не достигало статистически значимого уровня: для клинической оценки p=0,424, для депрессии по шкале Бека p=0,242 (точный критерий Фишера).

Динамика уровня депрессии в период наблюдения по шкале Бека представлена в табл.1. Достоверное снижение данного показателя происходило только во втором полугодии ремиссии.

Коэффициент корреляции Пирсона между тяжестью депрессии по шкале Бека и выраженностью ПВА по шкале В.Б. Альтшулера на протяжении всего периода наблюдения был статистически значим и составил за период 1-3 месяца: R=0,417 (p<0,001), за период 4-6 месяцев: R=0,655 (p<0,001), за период 9-12 месяцев: R=0,751 (p<0,001). Коэффициент корреляции Пирсона между выраженностью депрессии по шкале Бека и ПВА по обсессивно-компульсивной шкале был статистически значим только в первом полугодии ремиссии: период 1-3 месяца — R=0,398 (p<0,001), период 4-6 месяцев — R=0,387 (p=0,006), период 9-12 месяцев — R=0,336 (p=0,07).

1.5. Шкала тревоги Спилбергера-Ханина и клиническая врачебная оценка тревожных расстройств

1.5.1. Срок ремиссии 1-3 месяца

Клинически очерченные тревожные расстройства были обнаружены у 36 больных (45%), в то время как при использовании шкалы Спилбергера-Ханина повышенная реактивная тревога определялась у 63 больных (79%). Подобное расхождение может объясняться стертым, субклиническим уровнем тревожных расстройств у части больных АЗ в ремиссии.

1.5.2. Срок ремиссии 4-6 месяцев

По объективным врачебным оценкам тревожные расстройства легкой и умеренной степени выраженности сохранялись у 15 больных (30%), а по шкале Спилбергера-Ханина повышенная реактивная тревога диагностировалась у 38 больных (76%), что статистически значимо не отличалось от значений в предыдущем периоде.

1.5.3. Срок ремиссии 7-12 месяцев

Тревожные расстройства по объективной врачебной оценке были обнаружены у 9 больных (30%), повышенный уровень реактивной тревоги по шкале Спилбергера-Ханина был выявлен у 23 больных (77%) Изменения распространенности тревожных расстройств в данный период также не достигли статистически значимого уровня.

Динамика выраженности реактивной тревоги в изучаемой когорте представлена в табл.1. Снижение данного показателя в ходе ремиссии не достигало статистически достоверного уровня.

1.6. Шкала анозогнозии М.В. Деминой

1.6.1. Срок ремиссии 1-3 месяца

Особенностью раннего периода становления ремиссии была сохраняющаяся анозогнозия, высокий уровень которой являлся предиктором рецидива АЗ (табл.2).

1.6.2. Срок ремиссии 4-6 месяцев

В данный период наблюдения значительных изменений критического отношения к болезни не отмечалось. На этапе 4-6 месяцев у 9 больных (11,3% от исходной группы) наблюдалась тенденция к пересмотру трезвеннических позиций, стремление к присоединению к питейным микросоциальным традициям, вследствие чего у них наступил рецидив АЗ.

1.6.3. Срок ремиссии 7-12 месяцев

Уровень критического отношения к болезни на этапе стабилизации ремиссии в целом по группе достоверно улучшался по отношению к исходным значениям (табл.1). Однако у 18 больных (22,5% от исходной группы) установка на трезвость распространялась на ограниченный срок и была обусловлена личностно значимыми целями, по мере достижения которых установка на трезвость терялась и возникал рецидив заболевания.

На всех этапах становления ремиссии более высокий уровень анозогнозии являлся одним из основных факторов, провоцирующих наступление рецидива АЗ (табл.2).

2. Динамика показателей, характеризующих социальное функционирование

2.1. Шкала социального функционирования Е.О. Бойко

2.1.1. Ремиссия 1-3 месяца

По шкале социального функционирования Е.О. Бойко стабильное социальное функционирование в первые три месяца ремиссии обнаружено лишь у 44 больных (55%). Наиболее часто (36 больных, 45%) больные испытывали неудовлетворенность работой, особенно уровнем оплаты труда. Кроме того, в сфере трудовой деятельности возникали проблемы взаимоотношений с коллегами, начальством, невозможность трудоустройства в соответствии с личностными запросами. В сфере структурирования свободного времени затруднения отмечены у 20 больных (25%). Учащение конфликтов и ухудшение в сфере семейных взаимоотношений выявлено у 11 больных (14%).

2.1.2. Срок ремиссии 4-6 месяцев

Динамика показателей социального функционирования была в этом периоде положительной, стабильное социальное функционирование демонстрировали 39 больных (70%), однако эти изменения не были статистически значимы (p=0,108, точный критерий Фишера). По мере увеличения срока ремиссии улучшалось адаптация больных в сфере профессиональных взаимоотношений: умеренное напряжение, связанное с рабочей ситуацией, испытывали в этот период 11 человек (20%; p=0,003). Сохранялись также затруднения социального функционирования, связанные со структурированием свободного времени и общения с друзьями. Затруднение в этой сфере в период ремиссии 4-6 месяцев испытывали 10 человек (18%, p=0,402). Обращает на себя внимание то, что ожидаемого улучшения в сфере семейных отношений не произошло: конфликтность и напряженность в сфере семьи сохранялись у 6 больных (11%, p=0,793).

2.1.3. Срок ремиссии 7-12 месяцев

По шкале социального функционирования Бойко стабильное социальное функционирование отмечалось у 23 больных (86%). Во втором полугодии ремиссии положительная динамика касалась всех сфер жизни, являвшихся проблемными ранее. По показателю адаптации в сфере профессиональных отношений затруднения были выявлены у 3 больных (10%). Изменения пропорций обоих показателей по отношению к начальным статистически значимы: p=0,006 и p=0,001 соответственно (точный критерий Фишера). Сохранялось в этот период также умеренное напряжение в сфере структурирования свободного времени (3 больных ,10%; p=0,178) и в сфере семейных отношений (1 больной, 3%; p=0,288).

3. Динамика показателей, характеризующих субъективное восприятие качества жизни

3.1. Шкала ВОЗКЖ-100 и прямая оценка КЖ по 4 глобальным вопросам

3.1.1. Срок ремиссии 1-3 месяца

Анализ субъективного восприятия больными в ремиссии КЖ в различных областях жизнедеятельности с помощью шкалы ВОЗКЖ-100 позволил определить наиболее проблемные сферы с явным неблагополучием в данный срок ремиссии. Так, дефицит положительных эмоций выявлен у 28 больных (35%), неудовлетворённость личными и сексуальными отношениями были характерны для 42 больных (52%). 39 больных (49%) испытывали неудовлетворенность в сферах: «возможность для отдыха», «медицинская и социальная помощь», «финансы». Качество жизни по 4 глобальным вопросам шкалы ВОЗКЖ-100 в период первых трех месяцев ремиссии как хорошее и очень хорошее оценивали лишь 35 человек (44%), как среднее 29 (36%) и как плохое и очень плохое — 16 человек (20%).

3.1.2. Срок ремиссии 4-6 месяцев

Достоверных изменений по сферам по сравнению с предыдущим периодом в оценке КЖ выявлено не было. При оценке КЖ по 4 глобальным вопросам шкалы ВОЗКЖ-100 была выделена проблемная группа больных (10 человек, 17%) с низкими оценками КЖ, которые не улучшались по сравнению с предыдущим этапом ремиссии.

3.1.3. Срок ремиссии 7-12 месяцев

На этапе стабилизации ремиссии 32 больных АЗ (71%) оценивали качество своей жизни как хорошее (суммарный показатель шкалы ВОЗКЖ-100), что являлось достоверным улучшением по сравнению с периодом 1-3 месяца ($p<0.05$; точный критерий Фишера). Однако следует отметить, что проблемными субсферами с низкими оценками удовлетворенности оставались «финансы» — у 14 больных (32%), «медицинская, социальная помощь» — у 9 больных (21%), «соци-

альная поддержка» — у 6 больных (14%), «дефицит положительных эмоций» — у 8 больных (18%).

В целом, анализ динамики показателей социального функционирования и удовлетворенности качеством жизни на этапе становления ремиссии позволил выделить критический период: 2-й — 3-й месяц соблюдения трезвости. В этот период у 20 больных (25%) отмечалось истощение адаптивных возможностей в виде ухудшения психического состояния, развития состояний усталости, разочарования, неудовлетворенности, обиды, сопровождавшиеся ухудшением субъективной оценки КЖ. Данные статистического анализа подтверждали клинические наблюдения — предиктором рецидива в этот период явилась депрессия: среди 27 находившихся в ремиссии человек только у одного (3,7%) была отмечена депрессия в легкой степени выраженности, в то время как из 18 пациентов, у которых наступил рецидив АЗ, депрессия легкой степени выраженности была отмечена у 6 человек (33%; p=0.012). Среди пациентов, находящихся в ремиссии, только у 3 человек (11%) установка на трезвость была формальной, в то время как среди больных, находящихся в рецидиве, формальная установка на трезвость или ее отсутствие была зарегистрирована у 14 человек (78%, p<0.001). Средние оценки КЖ по 4 глобальным вопросам в группе больных, сохранявших ремиссию в этот период, были значимо выше аналогичного показателя группы больных с рецидивом АЗ (12,13±3,01 vs. 15,22±2,22, p=0,013).

Следует особо отметить, что у 12 больных (15%) появлялись различные варианты замещающего поведения (шопинг, переедание, увлечение компьютерными играми, донжуанизм).

Результаты интегральной качественной оценки ремиссии в разные сроки ее становления продемонстрировали, что статистически значимое увеличение доли компенсированных ремиссий происходит только во втором полугодии ремиссии (табл.3).

Результаты кластерного анализа показали, что включенные в анализ клинические и психологические характеристики больных АЗ образуют два различных качественных варианта (кластера). Первый кластер (кластер А) составили 35 человек (44%), второй кластер (кластер Б) сформировался из 28 человек (35%). 16 больных (21%) не вошли в указанные кластеры.

Сравнительный анализ не выявил достоверных различий между больными кластеров А и Б по социодемографическим характеристикам (возраст, семейное положение, образование, трудовая занятость), а также по частоте наследственной отягощенности аддиктивными и психическими расстройствами, что позволяет считать данные группы однородными.

Статистический анализ характеристик, касающихся самой АЗ, показал, что у больных кластера Б достоверно чаще отмечалось выраженно-прогредиентное течение АЗ по сравнению с кластером А (72% и 46% соответственно; p=0.04, точный критерий Фишера). Пациенты выделенных кластеров статистически значимо различались по оценке тяжести заболевания по шкале общего клинического впечатления: кластер Б характеризовался большей тяжестью состояния на всех сроках исследования (табл.4).

Пациенты выделенных кластеров значительно различались также по продолжительности ремиссий. В первые 6 месяцев ремиссии срывы и рецидивы заболевания произошли у 6 (17%) больных кластера А и у 18 больных кластера Б (66%) (p<0.01; точный критерий Фишера). Ремиссии более 6 месяцев сохранялись у 29 больных кластера А (83%), в то время как аналогичный показатель в кластере Б составил 7 больных (24%) (p<0.01; точный критерий Фишера). Различия в частоте рецидивов между кластерами могут быть обусловлены, в том числе, и различиями в представленности расстройств адаптации, предшествовавших наступлению срывов и (или) рецидивов: клинически очерченные расстройства адаптации были обнаружены у 15 больных кластера Б (55%) и лишь у 4 больных кластера А (11%) (p=0.01; точный критерий Фишера).

Анализ особенностей критики к болезни у больных кластеров А и Б установил, что при включении в исследование после курса детоксикации критика к заболеванию (по шкале Деминой) у больных выделенных кластеров достоверно не различалась (24,86±6,25 vs. 27,48±6,30.p= 0,1). Различия в критике к заболеванию были обнаружены в период 4–6 месяцев в виде нарастания проявлений анозогнозии у больных кластера Б (23,86±6,03 vs. 28,73±5,24; p=0,024), однако, во втором полугодие различия нивелировались (22,30±3,84 vs. 24,00±6,26; p=0,513). Для больных кластера А по сравнению с пациентами кластера

Таблица 3. Типологическая квалификация ремиссии на этапах ее становления

Тип ремиссии	Процент больных на различных сроках ремиссии (чел/%)		
	1-3 мес	4-6 мес	7-12 мес
Компенсированная	15 (26 %)	22 (48%)	20 (73%)*
Субкомпенсированная	24 (43%)	14 (32%)	4 (17%)*
Некомпенсированная	17 (31%)	9 (20%) x	3 (10%)*

Примечание: Достоверность различий по сравнению с периодом 1-3 мес (точный критерий Фишера): * — p<0,001.

Таблица 4
Сравнительная оценка тяжести состояния по шкале общего клинического впечатления у больных кластеров А и Б

Тип кластера	Оценка тяжести состояния по шкале ОКВ (в баллах) по срокам ремиссии		
	1-3 мес	4-6 мес	7-12 мес
Кластер А	2,8±0,1	2,7±0,1	2,6±0,1
Кластер Б	3,4±0,1+	3,7±0,1+	3,5±0,2*

Примечание: 1. Данные представлены в виде M±SD, где M — среднее значение, SD- среднеквадратическое отклонение; 2. Достоверность различий между кластерами на одинаковых сроках ремиссии по данными дисперсионного анализа: + — p<0.05, * — p<0.01.

ра Б было характерным большее доверие к лечению (1,2±0,7 vs. 1,6±0,1; p=0.004), большая заинтересованность в лечении (1,2±0,06 vs. 1,6±0,03; p=0,002), а также большая способность рефлексировать ПВА (1,9±0,2 vs. 2,6±0,2; p=0,02).

Следует отметить, что различия между кластерами А и Б касались также степени выраженности нарушений настроения и патологического влечения к алкоголю: для больных кластера Б был характерен более высокий уровень депрессии (по шкале Бека), реактивной тревожности (по шкале Спилбергера-Ханина) и ПВА (шкала В.Б.Альтшуллера) на всех сроках становления ремиссии (табл. 5).

Особый интерес, на наш взгляд, представляет сравнение субъективного восприятия качества жизни больными АЗ в противоположных, контрастных фазах аддиктивного цикла — привычного алкогольного (фаза пьянства) и трезвого образа жизни (фаза ремиссии). В кластере А отмечалось статистически значимое улучшение субъективного восприятия КЖ в ремиссии по сравнению с ретроспективной оценкой КЖ в период пьянства, предшествовавшего госпитализации (табл.6). В отличие от больных кластера А, общая оценка КЖ пациентов кластера Б существенно не улучшилась по сравнению с периодом пьянства как в начале становления ремиссии, так и при более длительных сроках ее поддержания, что обусловливало появление межкластерных различий (табл.6).

Обсуждение

Ремиссии при АЗ традиционно рассматриваются как динамические состояния, имеющие определенные закономерности развития [5,6,8]. Данные проведенного исследования показали, что доля ремиссий, соответствующих критериям «компенсированная», возрастает на более отдаленном (свыше 6 месяцев) этапе становления, после преодоления «критического периода» 2-3 месяца. Полученные данные позволили выделить 2 группы больных с благоприятным (кластер А) и неблагоприятным (кластер Б) типом становления ремиссии. Пациенты кластера Б (группа риска) характеризовались большей выраженностью психопатологических расстройств с их более медленной (по сравнению с пациентами кластера А) редукцией в первые 6 месяцев трезвости и худшими показателями социального функционирования. Частота диагностированных в ходе исследования клинически очерченных расстройств адаптации, предшествующий рецидиву (суммарно 66%: 55% больных кластера Б и 11 % больных кластера А), в нашем исследовании оказалась несколько ниже, чем по данным исследований Постнова В.В. [14], в котором было показано, что для предрецидивного периода ремиссии клинически четкие проявления расстройств адаптации являются характерными вследствие трудностей приспособления к трезвому образу жизни и отмечаются у 75% больных.

Успешность процесса ресоциализации больных АЗ, находящихся в ремиссии, может быть опосредованно оценена по таким показателям, как социальное функционирование и субъективная оценка качества жизни. Вопросы, касающиеся исследования КЖ у наркологических больных, стали обсуждаться в начале 90-х годов 20 века. Большинство исследований [21,23, 27,30] было сфокусировано на изучении негативного влияния употребления алкоголя на различные параметры КЖ. Лишь отдельные исследования были посвящены изучению динамики КЖ и его влиянию на реци-

Таблица 5. Выраженность эмоциональных расстройств и ПВА у больных кластеров А и Б на этапах становления ремиссии

Показатели психометрических шкал	Кластер А			Кластер Б		
	Ремиссия 1-3 мес	Ремиссия 4-6 мес	Ремиссия 7-12 мес	Ремиссия 1-3 мес	Ремиссия 4-6 мес	Ремиссия 7-12 мес
Шкала депрессии Бека	6,0±0,7	5,0±0,6	5,0±0,6	12,±1,0+	12,9±1,0*	10,6±0,8+
Реактивная тревожность по шкале Спилбергера-Ханина	34,0±1,0	32,5±0,9	33,2±1,0	44,5±1,1+	44,9±1,1*	45,7±2,3*
Личностная тревожность по шкале Спилбергера-Ханина	34,5±1,1	33,7±1,1	33,9±1,3	45,5±1,3+	45,3±1,1+	46,3±1,8+
Уровень ПВА по шкале Альтшуллера	2,5±0,2	2,4±0,3	1,8±0,2	4,5±0,3*	4,5±0,2*	3,9±0,4*

Примечание: 1. Данные представлены в виде M±SD, где M — среднее значение, SD- среднеквадратическое отклонение; 2. Достоверность межкластерных различий по данным дисперсионного анализа: + — p<0.05, * — p<0.01.

Таблица 6. Средние оценки КЖ по 4 глобальным вопросам опросника ВОЗКЖ-100 у больных кластеров А и Б на этапах становления ремиссии

Тип кластера	период алкоголизации перед лечением	1-3 мес трезвости	4-6 мес трезвости	7-12 мес трезвости
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
Кластер А	13,4±0,5	14,9±0,3+,*	15,2±2,2+,*	15,1±3,1*
Кластер Б	10,2±0,4	11,4±0,5+	12,1±3,0+	13,4±3,2

Примечание: Достоверность различий (по данным дисперсионного анализа):
1. Межкластерные различия: + — p<0.05; 2. Различия по отношению к периоду алкоголизации: * — p<0.01

див у лиц, зависимых от алкоголя. Согласно полученным данным, в целом в ходе ремиссии наблюдалось улучшение КЖ. В случае рецидива, наоборот, отмечалось достоверное ухудшение сфер настроения, общественной поддержки и функций на работе и в повседневной жизни [24]. H. Rudolf и S. Priebe [31] 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.

Аналогичные данные получены в нашей работе: одним из статистически значимых факторов, влияющих на событие «рецидив», являлись низкие оценки КЖ.

Выявленные в настоящем исследовании значимые связи между депрессией, астенией и ПВА на этапах становления ремиссии позволяет считать эти психические расстройства важными терапевтическими мишенями, требующими динамического мониторинга и медикаментозной коррекции, с целью профилактики рецидивов. Это же отмечалось ранее некоторыми другими авторами [8].

В заключение следует отметить, что предложенный в данной работе комплексный подход оценки качества ремиссии (КР) позволяет проводить динамическую оценку реадаптации больных АЗ, определяя ремиссию как компенсированную, субкомпенсированную или некомпенсированную. Сохраняющаяся вероятность рецидива у больных АЗ в ремиссии, трансформация в ряде случаев аддиктивного синдрома из алкогольного как в несубстанционные так и в различные субстанционные формы, не давали оснований использовать определение «полная» ремиссия даже при больших сроках трезвости. Квалификация ремиссии как «компенсированной» и «некомпенсированной» представляется терминологически более корректной.

Таким образом, предлагаемый нами интегративный подход при оценке состояния больного АЗ в ремиссии, включающий клинико-динамические, клинико-социальные и психологические диагностические характеристики, может быть эффективным инструментом объективной оценки качества ремиссии, позволяющий использовать реабилитационный подход дифференцированно.

Литература

1. *Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. Вопросы клиники и терапии /В.Б.Альтшулер. — М.: Имидж. — 1996. — 216 с.*
2. *Бек А. Когнитивная терапия депрессии / А.Бек, А.Раш, Б.Шо, Г.Эмери; пер. с англ. А.Татлыбаевой. — СПб.: Питер. — 2003.– 298 с.*
3. *Бойко Е.О. Качество жизни и социальное функционирование больных наркологическими заболеваниями и шизотипическим расстройством: автореф. дис. канд. мед. наук 14.00.45 / Бойко Е.О.; ННЦ наркологии. — М. — 2009. — 34 с.*
4. *Бурковский Г.В. Использование опросника Качества Жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: пособие для психологов и врачей / СПб науч.-иссл. психоневрол. ин-т. им. В.М. Бехтерева; авторы — сост.: Г.В. Бурковский и др. — СПб. — 1998. — 57 с.*
5. *Гузиков Б.М, Мейроян А.А. Медико-психологические критерии эффективности терапии и реадаптации больных алкоголизмом. Методические рекомендации. / Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. — Ленинград:ЛНИПНИ. — 1987. — 14 с.*
6. *Даренский И.Д. Аддиктивный цикл. М.: Изд-во «Логос». — 2008. — 250 с.*
7. *Демина.М.В. Нарушение нозогнозии («синдром отчуждения болезни») при алкоголизме и героиновой наркомании: автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.00.45 / Демина М.В.; ННЦ наркологии Росздрава. — М. — 2005. — 38 с.*
8. *Ерышев О.Ф. , Рыбакова Т.Г. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение. — Спб. — 1996. — 190 с.*
9. *Иванец Н.Н. Медико-социальные проблемы наркологии и пути их разрешения / Н.Н. Иванец // Вопросы наркологии. — 1997. –№4. — С. 4-11.*
10. *Иванец Н.Н. Алкоголизм: Руководство для врачей / Н.Н Иванец, М.А Винникова. — М.: Изд. «Медицинское информационное агентство». — 2011. — 856 с.*
11. *Крупицкий Е.М. Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины. Неврологический вестник. — 2010. — Т. 42, №3. — С. 25-27.*
12. *Магалиф А.Ю. Экзистенциальная депрессия и алкоголизм / А.Ю. Магалиф, А.А. Магалиф // Аффективные и шизоаффективные расстройства: материалы конф., Москва, 1-3 окт. — 2003 г. — М., 2003. — С. 214.*
13. *Никифоров И. И. Качество жизни больных алкогольной зависимостью в разных состояниях (тревожно-депрессивные нарушения во время абстинентного синдрома, в постабстинентном периоде и в ремиссии: автореф. дис. канд. мед. наук: 4.00.45 / Никифоров И. И. — М. — 2007. — 23 с.*
14. *Постнов В.В. Расстройства адаптации у больных алкоголизмом в ремиссии. Автореферат дисс. канд., 2003.*
15. *Райгородский Д.Я. Практическая диагностика. Методики и тесты / Д.Я Райгородский. — М., издат.-во «Бахрах». — 2006. — 667 с.*
16. *Рыбакова Т.Г., Балашова Т.Н. Клинико-психологическая характеристика и диагностика аффективных расстройств при алкоголизме: метод. реком. / Ленинградский науч.-иссл. психоневрол. ин-т. им. В.М. Бехтерева — Ленинград. — 1987.– 27с.*
17. *Психология: учебник / под ред. Л.Д Столяренко. — Ростов н / Д. : Феникс. — 2003. — 448 с.*
18. *Цетлин М.Г. Реабилитация наркологических больных Концепция. Программа / М.Г. Цетлин,*

В.Е. Пелипас. –. М.: Минздрав РФ/НИИ наркологии. — 2000. — 46 с.

19. *Anton R.F. The obsessive compulsive drinking scale / R.F. Aton, D.H.Moak, P.K.Latham // Arch. Gen. Psych. — 1996. — Vol.53, №3. — P.225 — 231.*
20. *Beck A. T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J.. An Inventory for Measuring Depression. Archives of General Psychiatry. — 1961. — Vol.4*
21. *Daeppen J.B., Krieg M.A., Burnand B., Yersin B. MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients // American Journal of Drug and Alcohol Abuse. — 1998. — Vol. 24, № 4. — P. 685–694.*
22. *Dawson D. A. Transitions In and Out of Alcohol Use Disorders: Their Associations with Conditional Changes in Quality of Life Over a 3-Year Follow-Up Interval / D. A Dawson, T-K Li, P. Chou, B. F. Grant // Alcohol & Alcoholism. — 2009. — Vol. 44. No. 1. — P.84–92.*
23. *Foster J.H., Powell J.E., Marshall E.J., PetersT.J. Quality of life in alcohol-dependent subjects — a review // Quality of Life Research. — 1999. — Vol. 8, № 3. — P. 255–261.*
24. *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.*
25. *Guy W. ECDEU Assessment manual for Psychopharmacology / W. Guy. Rockville, Md: U.S. National Institute of Health. — 1976. — 616 p.*
26. *Lahmek, P. Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient withdrawal programme / P. Lahmek, I. Berlin, L. Michel et al. // Int. J. Med. Sci. — 2009. № 6 (4). — P. 160-167*
27. *Longabaugh R., Mattson M. E., Connors G. J., Cooney N. L. Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research // Journal of Studies on Alcohol. — 1994. — Vol. 12, suppl. — P. 119–129.*
28. *Malet, L. ALQOL 9 for measuring quality of life alcohol dependence / L. Malet, P.M.Llorca, B.Beringuier, P. Lehert, B. Falissard // Alcohol & Alcoholism. — 2006. — Vol.41, № 2. — P. 181-187.*
29. *Marsha Y, Morgan M.Y. Improvement in quality of life after treatment for alcohol dependence with acamprosate and psychosocial support / Y. Marsha, M.Y. Morgan, F. Landron, P. Lehert // Alcohol Clin Exp Res. – 2004 — Vol. 28, №1. — P.64-77.*
30. *Richter D., Venzke A., Settelmayer J., Reker High rates of inpatient readmissions of alcohol addicted patients — heavy users or chronically ill patients? // Psychiatrische Praxis. — 2002. — Vol. 29, № 7. — P. 364–368.*
31. *Rudolf H., Priebe S. Subjective quality of life and depressive symptoms in women with alcoholism during detoxification treatment // Drug and Alcohol Dependence. — 2002. — Vol. 66, № 1. — P. 71–76.*

Сведения об авторах

Рыбакова Ксения Валерьевна — к.м.н., с.н.с. отделения лечения больных алкоголизмом НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: ksenia@med122.com

Дубинина Людмила Александровна — к.м.н., с.н.с. отделения лечения больных алкоголизмом НИПНИ им. В.М. Бехтерева/ E-mail: l.a.dubinina@mail.ru

Незнанов Николай Григорьевич — д.м.н., профессор, директор НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Киселев Алексей Сергеевич — специалист по биомедицинской статистике отделения научно-медицинской информации НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: aski@mail.ru

Крупицкий Евгений Михайлович — д.м.н., профессор, руководитель отдела наркологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: kruenator@gmail.com