

Адаптация русскоязычной версии Шкалы обсессивно-компульсивного употребления алкоголя (Obsessive-Compulsive Drinking Scale)

Климанова С.Г.¹, Борновалова М.А.², Эммануэль П.², Заарур А.², Березина А.А.¹, Трусова А.В.^{1,3},
Рыбакова К.В.¹, Крупицкий Е.М.^{1,4}

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

²Университет Южной Флориды, Тампа, США

³Санкт-Петербургский Государственный Университет, Санкт-Петербург, Россия

⁴Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. академика И.П. Павлова, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Влечение к употреблению алкоголя является одним из центральных симптомов синдрома алкогольной зависимости. В настоящее время не существует единого принятого определения или модели влечения, а также стандартизированных подходов к его оценке, но данный феномен широко изучается в исследованиях аддиктивных расстройств. Шкала обсессивно-компульсивного употребления алкоголя была разработана на основе гипотезы о том, что обсессивно-компульсивное расстройство и синдром алкогольной зависимости имеют схожие симптомы. Целью данного исследования являлось изучение факторной структуры, критериальной, дискриминантной и конвергентной валидности Шкалы обсессивно-компульсивного употребления алкоголя.

В исследовании приняли участие 222 пациента с алкогольной зависимостью, проходящие стационарное лечение (163 мужчины (73,42%), средний возраст $42,67 \pm 10,06$ года, средний возраст начала заболевания $32,19 \pm 8,57$ лет). Были использованы следующие методы: клиническое интервью, Шкала обсессивно-компульсивного употребления алкоголя, Пенсильванская шкала влечения к алкоголю, опросник Мотивации потребления алкоголя и шкала импульсивности Барратта.

Результаты исследования подтвердили двухфакторную структуру шкалы; однако, показатели соответствия несколько отличались от приемлемых значений. Шкала имела приемлемые показатели внутренней согласованности и конвергентной валидности. Дискриминантная валидность была средневыраженной. При анализе критериальной валидности была выявлена отрицательная взаимосвязь фактора «Компульсии» с возрастом первой пробы алкоголя, началом регулярного употребления и возрастом первого стационарного лечения алкогольной зависимости. Участники с ежедневной формой употребления имели более высокие показатели по обоим факторам шкалы по сравнению с участниками с тяжелым эпизодическим употреблением.

Ключевые слова: влечение к употреблению алкоголя, синдром алкогольной зависимости, шкала обсессивно-компульсивного употребления алкоголя.

Информация об авторах:

Климанова Светлана Георгиевна* — email: svetlanagkl@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-6162-1511>

Борновалова Марина Александровна — email: bornovalova@usf.edu; <https://orcid.org/0000-0002-2140-2493>

Эммануэль Педепо — email: pedepoemmanuel@usf.edu

Заарур Асиф — email: Asifzaarur@usf.edu; <https://orcid.org/0000-0002-5469-1033>

Березина Анна Андреевна — email: aneta.berezina@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-5274-0137>

Трусова Анна Владимировна — email: anna.v.trusova@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0921-4203>

Рыбакова Ксения Валерьевна — email: kvrybakova@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1797-1121>

Крупицкий Евгений Михайлович — email: kruenator@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0529-4525>

Как цитировать: Климанова С.Г., Борновалова М.А., Эммануэль П., Заарур А., Березина А.А., Трусова А.В., Рыбакова К.В., Крупицкий Е.М. Адаптация русскоязычной версии Шкалы обсессивно-компульсивного употребления алкоголя (Obsessive-Compulsive Drinking Scale). *Обзор психиатрии*

и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2024; 58:4-1:73-90. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-981>.

Конфликт интересов: Е.М. Крупицкий — заместитель главного редактора.

Исследование выполнено в рамках государственного задания ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России 2024-2026 гг. (XSOZ-2024-0014); сбор и анализ данных проведены на территории Российской Федерации. Соавторы Борновалова Марина Александровна, Эммануэль Педепо, Заарур Асиф были привлечены для консультативной работы по выбору алгоритмов статистического анализа данных и их интерпретации на безвозмездной основе.

Psychometric study of the Russian version of the Obsessive-Compulsive Drinking Scale

Svetlana G. Klimanova¹, Marina A. Bornovalova², Pedepo Emmanuel², Asif Zaarur², Anna A. Berezina¹, Anna V. Trusova^{1,3}, Kseniya V. Rybakova¹, Evgeny M. Krupitsky^{1,4}

¹V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology,
St. Petersburg, Russia

²University of South Florida, Tampa, USA

³St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

⁴I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Russia

Original article

Summary. Craving is one of the central symptoms of alcohol use disorder. Currently, there is no single accepted definition, model, or standardized approach to assessing craving for alcohol use, but the phenomenon is extensively studied in the field of addiction research. The Obsessive-Compulsive Drinking Scale was developed based on the hypothesis that both obsessive-compulsive disorder and alcohol use disorder have similar symptoms. The purpose of this study was to examine the factor structure as well as the convergent, discriminant, and criterion validity of the Obsessive-Compulsive Drinking Scale.

222 patients with Alcohol Use Disorder undergoing inpatient treatment (163 men (73,42%), average age 42,67±10,06 years old, average age of the onset of alcohol use disorder 32,19±8,57 years old) were recruited for the study. The following methods were used: clinical interview, Obsessive-Compulsive Drinking Scale, Penn Alcohol Craving Scale, Motivation for Alcohol Consumption, and Barratt Impulsiveness Scale.

The results of the study confirmed two-factor structure of the scale; however, the goodness-of-fit indices slightly differed from acceptable cut-off values. The scale had acceptable internal consistency and convergent validity. Discriminant validity was moderate. The analysis of criterion validity revealed a negative correlation between the factor “Compulsions” and age of the first alcohol drink, start of the regular alcohol use, and age of the first inpatient treatment for alcohol use disorder. Participants with daily use had significantly higher scores on both factors compared to the participants with heavy drinking episodes.

Key words: craving for alcohol, alcohol use disorder, obsessive-compulsive drinking scale.

Information about the authors:

Svetlana G. Klimanova* — email: svetlanagkl@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-6162-1511>

Marina A. Bornovalova — email: bornovalova@usf.edu; <https://orcid.org/0000-0002-2140-2493>

Pedepo Emmanuel — email: pedepoemmanuel@usf.edu

Asif Zaarur — email: Asifzaarur@usf.edu; <https://orcid.org/0000-0002-5469-1033>

Anna A. Berezina — email: aneta.berezina@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-5274-0137>

Anna V. Trusova — email: anna.v.trusova@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0921-4203>

Kseniya V. Rybakova — email: ksenia@med122.com; <https://orcid.org/0000-0003-1797-1121>

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

To cite this article: Klimanova SG, Bornovalova MA, Emmanuel P, Zaarur A, Berezina AA, Trusova AV, Rybakova KV, Krupitsky EM. Psychometric study of the Russian version of the Obsessive-Compulsive Drinking Scale. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2024; 58:4-1:73-90. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-981>. (In Russ.)

Conflict of interest: Evgeny M. Krupitsky is a deputy chief editor.

The study was performed within the framework of the state assignment of FGBU “V.M. Bekhterev NMIC PN” of the Ministry of Health of Russia 2024-2026 (XSOZ-2024-0014); data collection and analysis were conducted in the territory of the Russian Federation. Co-authors Marina Bornovalova, Pedepo Emmanuel and Asif Zaarur consulted on the selection of algorithms for statistical analysis of data and their interpretation on a gratuitous basis.

Наличие влечения к употреблению алкоголя является одним из центральных критериев синдрома алкогольной зависимости согласно МКБ-10 и DSM-5 [4, 9]. Вопрос о включении влечения, как симптома, в DSM-V в свое время вызвал множество споров. В частности, отмечалось, что влечение к употреблению психоактивных веществ не имеет четкого определения, единой концептуализации и, как результат, стандартизированных методов оценки [27, 47, 49, 52, 53, 61], а также не является преобладающим симптомом зависимости [34, 61]. В целом, влечение к употреблению ПАВ определяется как трудно контролируемое желание или потребность употреблять алкоголь [12, 21, 26, 56, 64]. Подобное определение отражает только осознанный, связанный с некоторым желанием и нацеленный на употребление аспект влечения; другие характеристики, в том числе его динамические и темпоральные показатели, психофизиологические и поведенческие компоненты, порог клинических значений, отличие от других конструктов, связанных с желанием, намерением, ожиданием, или потребностью, не отражены [27, 37, 47, 49, 52, 61]. При этом экспериментально подтвержденные модели влечения, включая модели обусловливания, когнитивные, нейробиологические, мотивационные и ряд других указывают на то, что влечение к употреблению ПАВ является более комплексным феноменом [50, 58, 64].

Несмотря на то, что единого принятого определения, модели, и оценки влечения, которые можно было бы использовать в клинической и исследовательской практике, до сих пор не существует, влечение к употреблению является одним из центральных объектов изучения в исследованиях аддикций. Экспериментальные данные подтвердили клиническую и статистическую значимость влечения к употреблению ПАВ в структуре синдрома зависимости [33, 34, 57]. Исследования также неоднократно указывали на необходимость оценки и мониторинга влечения к употреблению ПАВ как предиктора срыва или рецидива и коррелята других симптомов зависимости, включая мотивацию к употреблению [8, 18, 19, 34, 43, 56, 59, 63, 65]. Влечение к употреблению ПАВ также было взаимосвязано с показателями нейротизма, согласия, добросовестности, нацеленности на вознаграждение [25, 32], высокой импульсивностью и компульсивностью [16, 40], уровнем негативного аффекта и стресса, депрессии и тревоги [24, 29, 56, 63] и рядом других показателей личностного и эмоционального функционирования. Однако, стоит отметить, что значимость влечения как предиктора срыва существенно варьировала в зависимости от метода и времени оценки [19, 63].

Шкала обсессивно-компульсивного употребления алкоголя (ШОКУА; *англ.*, Obsessive-compulsive drinking scale; OCDS) [11, 14] является примером феноменологического подхода к пониманию влечения к употреблению алкоголя. Она была разработана на основе гипотезы о том, что обсессивно-ком-

пульсивное расстройство и синдром алкогольной зависимости имеют схожие черты — частые, навязчивые, постоянно вторгающиеся и неконтрольные мысли о некотором значимом стимуле и трудности совладания с потребностью выполнять определенные действия [13]. Также было отмечено, что в обоих случаях задействуются одни и те же области центральной нервной системы (снижается активность префронтальной коры и усиливается активность области базальных ядер) [13]. ШОКУА является модификацией Обсессивно-компульсивной шкалы Йелля-Брауна и Обсессивно-компульсивной шкалы Йелля-Брауна для тяжелого употребления алкоголя [11, 14, 45].

Анализ психометрических характеристик показал, что данная шкала положительно коррелирует с другими показателями влечения к употреблению алкоголя, тяжести зависимости, и уровня употребления алкоголя и дифференцирует между участниками с синдромом алкогольной зависимости и контрольной группой здоровых людей; следовательно, имеет приемлемые параметры критериальной и конвергентной валидности [11, 13, 14, 17, 22, 39, 41, 44, 51]. Стоит отметить, что объединенная дисперсия с другими инструментами измерения влечения к употреблению алкоголя составляла 10-20% [13], что может указывать на то, что данная шкала измеряет отличные аспекты, в частности когнитивные и поведенческие, влечения. В большинстве работ [11, 13, 51, 55] были получены приемлемые показатели прогностической валидности шкалы — показатели суммарного балла и субшкал являлись значимыми предикторами поддержания трезвости, срыва или рецидива у пациентов, проходящих лечение в лонгитюдных исследованиях. Однако, в работе Kranzler и соавт. (1999) подобная взаимосвязь не подтвердилась. ШОКУА также имела приемлемые показатели ретестовой надежности [13, 14] и внутренней согласованности [3, 17, 22, 39, 51].

Авторы шкалы [11, 14] не проводили факторный анализ, приняв по умолчанию факторную структуру обсессивно-компульсивной шкалы Йелля-Брауна для тяжелого употребления алкоголя [45]. Таким образом, были обозначены две субшкалы — обсессивная и компульсивная, и шкала суммарного балла. Дальнейшие исследования показали, что факторная структура отличается от изначально предложенной, и шкала может иметь три [39, 51] или четыре [17, 22] фактора. Характеристики факторных структур шкалы приведены в Табл.1. Предполагалось, что различения в факторной структуре опросника могли быть обусловлены клиническими характеристиками участников исследования (например, шкала может быть более валидной и надежной при использовании с амбулаторными, а не стационарными пациентами [13] или выбранным методом статистической оценки (например, использованием ортогонального, а не косоугольного метода вращения) [39]).

ШОКУА была адаптирована на другие языки, включая французский [10, 20], немецкий [42, 46],

Таблица 1. Характеристики полученных факторных структур Шкалы обсессивно-компульсивного употребления алкоголя

Table 1. Characteristics of the Obsessive-Compulsive Drinking Scale factor structures.

Исследование	Проводился ЭФА?	Проводился КФА?	Полученные шкалы	Характеристики полученных шкал
Bohn и соавт. (1996)	Да: метод главных компонент и факторизация главной оси.	Да	Четырехфакторная структура: 1. Обсессии в отношении употребления алкоголя (англ., drinking obsessions): утверждения 1-4; 2. Употребление алкоголя (англ., alcohol consumption): утверждения 7, 8; 3. Автоматичность употребления алкоголя (англ., automaticity of drinking): утверждения 5, 6, 12-14; 4. Нарушения (англ., interference): утверждения 9-11.	Показатели адекватности модели: SMSR=0,06, $\chi^2=133$, $\chi^2/df=1,88$, GFI=0,88, AGFI=0,82, NFI=0,89 Общая дисперсия 74,50% Фактор 1: $\lambda=6,77$, $s^2=48,40\%$; $\alpha=0,89$ Фактор 2: $\lambda=1,82$, $s^2=13,00\%$; $\alpha=0,93$ Фактор 3: $\lambda=1,11$, $s^2=7,90\%$; $\alpha=0,84$ Фактор 3: $\lambda=0,85$, $s^2=5,20\%$; $\alpha=0,83$
Connor и соавт. (2008)	Да: факторизация главной оси	Да	Четырехфакторная структура: 1. Компульсии (англ., compulsions): утверждения 8,7,12,13,14 2. Нарушения (англ., Interference): утверждения 3,9,10,11 3. Обсессии (англ., Obsessions): утверждения 1,2,4; 4. Противодействие обсессиям (англ., Resisting Obsessions): утверждения 5,6.	Показатели адекватности модели: $\chi^2=348,93$, $df=71$, $p=0,001$ GFI=0,79, NNFI=0,81, CFI=0,85 Фактор 1: $\lambda=7,47$, $s^2=53,34\%$; $\alpha=0,88$ Фактор 2: $\lambda=1,07$, $s^2=7,61\%$; $\alpha=0,88$ Фактор 3: $\lambda=0,93$, $s^2=6,62\%$; $\alpha=0,89$ Фактор 3: $\lambda=0,61$, $s^2=4,37\%$; $\alpha=0,86$
Kranzler и соавт. (1999)	Да: метод главных компонент	Нет	Трехфакторная структура: 1. Обсессии (англ., obsessions): утверждения 1-6 2. Контроль и последствия (англ., control and Consequences): утверждения 9-11, 13,14; 3. Употребление алкоголя (англ., alcohol consumption): утверждения 7, 8, 12 .	Показатели адекватности модели: Анализ не проводился Общая дисперсия 57,30% Фактор 1: $\lambda=4,78$, $s^2=34,10\%$; $\alpha=0,83$ Фактор 2: $\lambda=1,95$, $s^2=14,00\%$; $\alpha=0,76$ Фактор 3: $\lambda=1,29$, $s^2=9,20\%$; $\alpha=0,71$
Roberts и соавт. (1999)	Да: метод итерированной главной оси	Нет	Трехфакторная структура: 1. Трудности контроля (англ., resistance/control impairment): утверждения 5-8, 12,14; 2. Обсессии (англ., obsession): утверждения 1,2,4,11,13; 3. Нарушения (англ., interference): утверждения 3,9,10.	Общая дисперсия 68,00% Фактор 1: $\alpha=0,72$ Фактор 2: $\alpha=0,79$ Фактор 3: $\alpha=0,79$

Примечание: χ^2 — критерий Хи-квадрат, df —степень свободы, χ^2/df —соотношение критерия Хи квадрат к степеням свободы (рекомендуемый показатель $\leq 3,0$) p -уровень значимости, SMSR—стандартизированный среднеквадратичный остаток. GFI—общий индекс согласия, AGFI—скорректированный общий индекс согласия (рекомендованные показатели для GFI и AGFI $>0,90$), NFI—нормированный индекс соответствия, NNFI—ненормированный индекс соответствия (рекомендованные показатели для NFI и NNFI $>0,90$), CFI—индекс сравнительного соответствия (рекомендованные показатели $>0,95$); λ —собственное значение; s^2 —величина дисперсии; α —Альфа Кронбаха (показатель внутренней согласованности)

Note: χ^2 —chi-squared criterion, df —degree of freedom, χ^2/df —ratio of chi-squared criterion to degrees of freedom (recommended ≤ 3.0) p -level of significance, SMSR—standardized mean square residual. GFI—total agreement index, AGFI-adjusted general agreement index (recommended values for GFI and AGFI >0.90), NFI-normalized fit index, NNFI-unnormalized fit index (recommended values for NFI and NNFI >0.90), CFI-comparative fit index (recommended values >0.95); λ —eigenvalue; s^2 —variance value; α —Cronbach's Alpha (internal consistency index).

итальянский [36], испанский [23], датский [54], турецкий [28], японский [60], китайский [66] и ряд других. Большинство адаптированных вариантов шкалы имели приемлемый уровень внутренней согласованности и ретестовой надежности [10, 20, 23, 28, 36, 42, 46, 54, 60]. Адаптированные версии шкалы имели приемлемую критериальную валидность — значимые различия в оценках по шкале были отмечены между группами участников с алкогольной зависимостью, возобновивших употребление, участников с алкогольной зависимостью, поддерживающих трезвость, и контрольной группы условно здоровых людей [60]; показатели шкалы также значимо дифференцировали участников с алкогольной зависимостью типа 1 и типа 2 по Клонинджеру [36].

Адаптированные на других языках шкалы имели хорошую конвергентную валидность — их показатели были значимо позитивно взаимосвязаны с опросниками тяжести зависимости (например, шкалой алкогольной зависимости, скрининговым опросником AUDIT) [23, 28, 54, 66], другими инструментами оценки влечения к употреблению алкоголя (например, визуально-аналоговой шкалой, Пенсильванской шкалой влечения к алкоголю) [28, 36, 42, 54]. Однако, факторная структура переведенных версий шкалы не была стабильной — в адаптациях регистрировали два [10, 28, 36, 46], три [20, 23, 66] и четыре [54] фактора. Также стоит отметить, что взаимосвязь между показателями шкалы и клиническими проявлениями алкогольной зависимости не была однозначной — в некоторых работах такой взаимосвязи не обнаружили [10, 20, 36, 54], в то время как другие исследования указали на значимую корреляцию с количеством употребляемого алкоголя в день [28], количеством дней тяжелого пьянства, количеством симптомов по DSM-IV [23] и количеством дней трезвости перед госпитализацией [42].

В настоящее время для оценки показателей влечения к алкоголю в российской исследовательской и клинической практике используются Визуально-аналоговая шкала влечения к алкоголю, Клиническая шкала оценки патологического влечения к алкоголю В.Б. Альтшуллера, Пенсильванская шкала влечения к алкоголю, ШОКУА, Категориальная шкала оценки патологического влечения к алкоголю [5]. Несмотря на то, что ШОКУА широко применяется в отечественных исследованиях аддиктивных расстройств [2, 3], она не была формально адаптирована на русский язык. Целью данного исследования является изучение психометрических характеристик Шкалы обсессивно-компульсивного употребления алкоголя, включая ее факторную структуру, критериальную, дискриминантную и конвергентную валидности.

Материалы и методы

Участники. В исследовании были проанализированы данные, полученные в процессе выполнения двух проектов: одно исследование было нацелено на изучение психофизиологических

коррелятов индуцирования влечения к употреблению психоактивных веществ с помощью алкоголь-ассоциированных стимулов, второе — на мотивацию употребления алкоголя у пациентов с алкогольной зависимостью. Набор участников производился на базе отделения терапии стационарных больных с аддиктивными заболеваниями ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. В обоих проектах критериями включения являлись: 1) Возраст от 18 до 80 лет, 2) Поставленный диагноз синдрома алкогольной зависимости согласно МКБ-10 [4], 3) Прохождение участником стационарного лечения синдрома алкогольной зависимости, 4) Отсутствие симптомов синдрома отмены алкоголя, 5) Участник в момент исследования не принимает психотропных препаратов, которые значимо влияют на его эмоциональное и/или когнитивное функционирование, 6) Достаточное владение русским языком, позволяющее участнику понять и подписать информированное согласие и заполнить тестовые методики. Пациенты не включались в исследование, если 1) Сообщали о коморбидном наркологическом заболевании, помимо никотиновой зависимости, 2) Имели значимые нарушения когнитивного функционирования вследствие нейродегенеративного, сосудистого, демиелинизирующего, или другого психиатрического (например, шизофрения) заболевания, энцефалопатии, черепно-мозговых травм, 3) Имели соматическое заболевание, которое значимо нарушало его/ее функционирование и не позволяло участвовать в исследовании.

Набор участников в исследование производился на 5-7 день их пребывания в стационаре после того, как симптомы синдрома отмены алкоголя значимо снижались. После подписания информированного согласия, пациенты проходили клиническое интервью с исследователем, в процессе которого собиралась социо-демографическая и клиническая информация. После интервью пациенты заполняли ряд самоотчетных опросников. Пациенты не получали финансовую компенсацию за участие в исследовании. Оба проекта были одобрены этическим комитетом ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

В финальную выборку вошли 222 участника (163 мужчины (73,42%), 59 женщин (26,58%), средний возраст $42,67 \pm 10,06$ лет ($M \pm SD$)/ $41,00$ [$36,00$; $48,00$] (Md [$Q1$; $Q3$]), средний возраст появления синдрома алкогольной зависимости, который определялся ретроспективно как возраст начала симптомов синдрома отмены алкоголя, $32,19 \pm 8,57$ лет ($M \pm SD$)/ $30,00$ [$26,00$; $38,00$] (Md [$Q1$; $Q3$]) лет).

Методы

Клиническое интервью — разработанный авторами исследования набор вопросов об основных социо-демографических и биографических показателях, а также клинических данных (симптомы и история алкогольной зависимости, симптомы коморбидных психиатрических и соматических расстройств).

Шкала обсессивно-компульсивного употребления алкоголя [11, 14] — шкала самоочета, направленная на оценку когнитивного аспекта влечения к употреблению алкоголя. Состоит из 14 вопросов об употреблении алкоголя и попытках его контролировать в течение последней недели. На каждый из вопросов предоставляется пять вариантов утверждений-ответов с оценкой от 0 до 4, одно из которых необходимо выбрать респонденту. В оригинальной версии опросника [11, 14] результаты представлены в форме двух субшкал — обсессии и компульсии — и суммарного балла по шкале. Для получения балла по субшкале «обсессии» суммируются полученные результаты с 1 по 6 вопрос; при этом из пары ответов на 1 и 2 вопросы учитывается и засчитывается только больший балл. Для получения балла по субшкале «компульсии» суммируются полученные результаты с 7 по 14 вопрос; при этом, из пар ответов на 7 и 8, 9 и 10, 13 и 14 вопросы учитываются и засчитываются только большие полученные баллы. Суммарный балл по шкале получается путем суммирования результатов по субшкалам «обсессии» и «компульсии». Стоит отметить, что при использовании шкалы в данном исследовании в вопросе 7 стандартная порция интерпретировалась как «1 бутылка пива (0,33 л), или 1 бокал вина (220 мл), или 1 рюмка водки, коньяка и т.п. (30 мл)». Статистический анализ показал, что полученный суммарный балл по субшкале «Компульсии» значимо не отличался ($p > 0,5$) при переводе полученных ответов в принятое в настоящее время определение стандартных порций [6]. Как было отмечено выше, в работах других авторов была получена отличная от оригинальной факторная структура: три фактора были предложены в исследованиях Kranzler и соавт. (1999) и Roberts и соавт. (1999), четыре фактора — в исследованиях Bohn и соавт. (1996) и Coppen и соавт. (2008). Стоит отметить, что в приведенных работах использовались все пункты шкалы при анализе факторной структуры.

Пенсильванская шкала влечения к алкоголю [30] — самоочетный инструмент, состоящий из 5 вопросов, направленный на оценку наличия мыслей об алкоголе, потребности в употреблении алкоголя и трудностей воздержания от употребления алкоголя в течение последней недели. Русскоязычная версия опросника не была формально адаптирована на отечественной выборке. Однако, предварительные данные о ее валидности были получены при ее использовании на выборке пациентов с синдромом алкогольной зависимости [3], где шкала показала высокую степень согласованности с другими инструментами оценки влечения к употреблению алкоголя.

Мотивация потребления алкоголя [1] — опросник самоочета, направленный на оценку доминирующей мотивации потребления алкоголя. Состоит из 45 утверждений, ответы на которые предоставляются в форме 4-балльной шкалы Ликерта от «Совершенно не подходит» до «Весьма часто возникает причина или условие приема алкоголя». Результаты представляются в форме

суммарных баллов по всей шкале и 9 субшкалам, отражающим основные мотивы употребления алкоголя — традиционные, субмиссивные, псевдокультуральные (социо-культуральная триада), гедонистические, атарактические, мотивы активации (триада личностных мотивов), похмельные, аддиктивные, и мотивы самоповреждения (триада патологических мотивов). В данной работе с целью снижения объема представляемого материала, использовался только суммарный балл опросника при анализе конвергентной валидности.

Шкала импульсивности Баррамта [7, 48] — шкала самоочета, направленная на оценку различных аспектов импульсивности. Состоит из 14 утверждений, на каждый из которых респондент отвечает по 4-балльной шкале Ликерта от «редко или никогда» до «всегда или почти всегда». Результаты представлены в форме баллов по субшкалам — моторная импульсивность, импульсивность внимания и импульсивность планирования — и суммарного балла. В русскоязычном варианте, шкала также позволяет выявить низкий, средний и высокий уровень импульсивности.

Статистический анализ данных

Статистический анализ данных проводился с помощью языка программирования R. В качестве описательной статистики для категориальных переменных использовались проценты и абсолютные значения ($\%(n)$), для параметрических данных с нормальным распределением использовались средние и стандартные отклонения ($(M \pm SD)$), для непараметрических данных и параметрических данных с распределением, отличающимся от нормального, — медианы и значения первого и третьего квартиля ($Mdn [Q1; Q3]$). Показатели использованных в данной работе шкал и опросников самоочета рассматривались как ординальные данные.

Конфирматорный факторный анализ проводился с целью подтверждения факторной структуры шкалы, ранее предложенной другими авторами [14, 17, 22, 39, 51]. В связи с тем, что в оригинальном опроснике подсчет баллов производился с учетом максимального из двух значений в ряде вопросов (пары утверждений 1 и 2, 7 и 8, 9 и 10, 13 и 14), был проведен дополнительный конфирматорный факторный анализ двухфакторной структуры с остаточными ковариациями. Для определения соответствия модели (goodness-of-fit test) использовались следующие показатели: SRMSR (Standardized Root mean square residual) — стандартизованный корень среднеквадратичного остатка, CFI (Comparative Fit Index) — сравнительный критерий соответствия, TLI (Tucker—Lewis index) — индекс Таке-ра-Льюиса; RMSEA (Root mean-square error of approximation) — корень среднеквадратической ошибки аппроксимации. Согласно рекомендациям [15, 35, 38], хорошими показателями соответствия являются: $CFI > 0,95$, $TLI > 0,95$ (показате-

ли CFI>0,90, TLI>0,90 являются приемлемыми), SRMR≤0,08, RMSEA≤0,08.

Для определения внутренней согласованности использовался коэффициент альфа-Кронбаха (α), средняя скоррелированность пунктов (average inter-item correlation) и коэффициент Омега (ω). Приемлемыми считались показатели альфа-Кронбаха (α) и Омеги (ω) > 0,7 и средней скоррелированности пунктов между значениями 0,15 и 0,5 [31, 38].

Метод корреляции Спирмена использовался для определения конвергентной, дискриминантной и критериальной валидности шкалы. Для проверки конвергентной валидности проводился корреляционный анализ с другим самоотчетным инструментом измерения влечения к употреблению алкоголя — Пенсильванской шкалой влечения к алкоголю. Для проверки дискриминантной валидности проводился корреляционный анализ с самоотчетными показателями мотивации потребления алкоголя (опросник Мотивации потребления алкоголя В.Ю. Завьялов) и импульсивности (шкала импульсивности Барратта). Для проверки критериальной валидности проводился корреляционный анализ с клиническими показателями употребления алкоголя, точнее возрастом начала употребления алкоголя, началом регулярного употребления алкоголя и началом синдрома зависимости от алкоголя, наличием судорожных припадков, алкогольных психозов, черепно-мозговых травм в прошлом, а также наследственности по алкогольным заболеваниям, максимальной про-

должительностью ремиссии, возрастом первого стационарного лечения в связи с употреблением алкоголя и количеством наркологических госпитализаций. Также для проверки критериальной валидности был проведен дисперсионный анализ для сравнения показателей влечения в зависимости от типа употребления алкоголя — ежедневного, тяжелого эпизодического, и смешанного типов.

Результаты

Конфирматорный факторный анализ был проведен для проверки соответствия полученных эмпирических данных ШОКУА факторным структурам, ранее предложенным другими авторами. Результаты представлены в Табл.2.

Наилучшее соответствие полученным эмпирическим данным показала двухфакторная модель с остаточной ковариацией. Однако, стоит отметить, что даже у данной модели показатели соответствия отличались от приемлемых значений — критерий соответствия и индекс Такера-Льюиса были незначительно ниже, а стандартизованный корень среднеквадратичного остатка и корень среднеквадратической ошибки аппроксимации — незначительно выше.

Далее, была проанализирована факторная нагрузка каждого из утверждений и остаточная ковариация. Результаты представлены в Табл.3.

Факторная нагрузка каждого вопросов превышала показатель 0,4. Вопросы 1 и 2 имели наименьшую факторную нагрузку. При этом, данные

Таблица 2. Конфирматорный факторного анализ двух-, трех-, и четырехфакторных структур шкалы обсессивно-компульсивного употребления алкоголя
Table 2. Results of confirmatory factor analysis of two-, three-, and four-factor structures of the Obsessive-Compulsive Drinking Scale

Авторы модели	Количество Факторов	χ^2	df	p-value	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
Двухфакторная модель Anton и соавт. (1995)	2	374,825	76	0,000	0,770	0,724	0,133	0,081
Четырехфакторная модель Bohn и соавт. (1996)	4	317,605	71	0,000	0,81	0,757	0,125	0,086
Трехфакторная модель Kranzler и соавт. (1996)	3	315,697	74	0,000	0,814	0,771	0,121	0,083
Трехфакторная модель Roberts и соавт. (1999)	3	459,257	74	0,000	0,703	0,635	0,153	0,102
Четырехфакторная модель Connog и соавт. (1996)	4	266,439	71	0,000	0,849	0,807	0,111	0,093
Однофакторная модель	1	528,383	77	0,000	0,652	0,589	0,162	0,104
Двухфакторная модель с остаточными ковариациями	2	195,317	72	0,000	0,905	0,880	0,088	0,062

Примечание: χ^2 — критерий Хи-квадрат, df — степень свободы, CFI — индекс сравнительного соответствия, TLI — индекс Такера-Льюиса, RMSEA — корень среднеквадратической ошибки аппроксимации, SRMR — стандартизованный корень среднеквадратичного остатка.

Note: χ^2 — Chi-squared test, df — degree of freedom, CFI — comparative fit index, TLI — Tucker-Lewis index, RMSEA — root mean square error of approximation, SRMR — standardized root mean square residual.

Таблица 3. Факторная нагрузка и показатели остаточной ковариации вопросов шкалы обсессивно-компульсивного употребления алкоголя

Table 3. Factor Loadings and Residual Covariances of items from the Obsessive-Compulsive Drinking Scale

Утверждения	Фактор «Обсессии»	Фактор «Компульсии»	Ковариат	Величина ковариации
1	0,504	NA	----	----
2	0,409	NA	1	0,571
3	0,640	NA	----	----
4	0,767	NA	----	----
5	0,658	NA	----	----
6	0,725	NA	----	----
7	NA	0,664	----	----
8	NA	0,587	7	0,568
9	NA	0,584	----	----
10	NA	0,709	9	0,327
11	NA	0,728	----	----
12	NA	0,701	----	----
13	NA	0,598	----	----
14	NA	0,624	13	0,178
Фактор «Компульсии»	NA	NA	Фактор «Обсессии»	0,637

Таблица 4. Средняя скоррелированность утверждений субшкал обсессивно-компульсивного употребления алкоголя.

Table 4: Average inter-item correlation for the subscales of the Obsessive-Compulsive Drinking Scale

Номер утверждения	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Шкала «Обсессии»														
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	0,656	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	0,283	0,227	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	0,433	0,350	0,510	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	0,362	0,298	0,371	0,449	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	0,347	0,280	0,416	0,554	0,570	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Шкала «Компульсии»														
7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-	0,736	-	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-	0,358	0,288	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-	0,413	0,328	0,601	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	-	-	0,438	0,319	0,499	0,651	-	-	-	-
12	-	-	-	-	-	-	0,533	0,504	0,449	0,472	0,495	-	-	-
13	-	-	-	-	-	-	0,454	0,491	0,300	0,352	0,381	0,419	-	-
14	-	-	-	-	-	-	0,441	0,440	0,290	0,463	0,401	0,425	0,480	-

вопросы имели самый высокий уровень ковариации. Наименьший показатель ковариации был отмечен для вопросов 13 и 14. Также был получен средне выраженный уровень ковариации между факторами обсессии и компульсии.

Показатели внутренней согласованности для фактора «обсессии» составили $\alpha=0,80$, $\omega=0,76$, для фактора «компульсии» — $\alpha=0,86$, $\omega=0,82$, что указывает на приемлемый уровень внутренней согласованности ШОКУА. Анализ скоррелированности вопросов шкалы, приведенный в Табл.4, показал, что некоторые пункты имеют высокий уровень корреляции, превышающий приемлемые значения.

Следующие пары вопросов превышали приемлемые показатели скоррелированности — 1 и 2, 3 и 4, 4 и 6, 5 и 6, 7 и 8, 7 и 12, 8 и 12, 9 и 10, 10 и 11. Стоит отметить, что некоторые пары пунктов шкалы являются взаимозаменяемыми, т.к. согласно инструкции при подсчете должно учитываться максимальное значение из двух полученных утверждений (это касается пар 1 и 2, 7 и 8, 9 и 10, 13 и 14), что может объяснять их высокую скоррелированность. Однако, стоит отметить, что пара 13 и 14 имели средневывраженный уровень корреляции ($r=0,480$), который не превышал приемлемый уровень скоррелированности пунктов. Также было отмечено, что вопрос 4 имел высокий уровень корреляции с вопросами 3 ($r=0,510$) и 6 ($r=0,554$), вопрос 5 — с вопросом 6 ($r=0,570$), вопрос 12 — с вопросами 7 ($r=0,533$) и 8 ($r=0,504$), вопрос 10 — с вопросом 11 ($r=0,651$). Высокий уровень скоррелированности указывает на то, что данные пункты шкалы измеряют очень близкие или идентичные аспекты в рамках измеряемого конструкта.

Далее, были проанализированы показатели конвергентной и дискриминантной валидности шкалы (Табл.5).

Результаты корреляционного анализа показали, что шкала обладает хорошей конвергентной валидностью, так как оба фактора значимо коррелировали с показателями влечения, оцениваемыми другими самоотчетными инструментами. Стоит отметить, что фактор «Обсессии» имел более высокую силу корреляционной связи с Пенсильванской шкалой влечения к алкоголю по сравнению с фактором «компульсии».

Оба фактора ШОКУА значимо коррелировали с показателями мотивации к употреблению алкоголя и импульсивности, которые оценивались с помощью опросника Мотивации к употреблению алкоголя и шкалы импульсивности Барратта, соответственно. Сила корреляционных связей факторов шкалы с оценками мотивации употребления была невысокой ($r<0,5$), а импульсивности — низкой (для всех взаимосвязей $r<0,3$). Таким образом, можно предположить, что ШОКУА измеряет схожий, но все же отличающийся от мотивации и импульсивности конструкт, и следовательно, обладает умеренной дискриминантной валидностью.

Результаты изучения критериальной валидности приведены в Табл.6.

Результаты корреляционного анализа выявили несколько значимых взаимосвязей ШОКУА с клиническими показателями. В частности, были выявлены слабые, но статистически значимые корреляции между фактором «Компульсии» и возрастом первого употребления алкоголя ($r=-0,194$, $p<0,05$), возрастом начала регулярного употребления алкоголя ($r=-0,153$, $p<0,05$) и возрастом первой госпитализации в связи с употреблением алкоголя ($r=-0,177$, $p<0,05$).

Таблица 5. Конвергентная и дискриминантная валидность шкалы обсессивно-компульсивного употребления алкоголя

Table 5. Characteristics of convergent and discriminant validity of the Obsessive-compulsive Drinking Scale

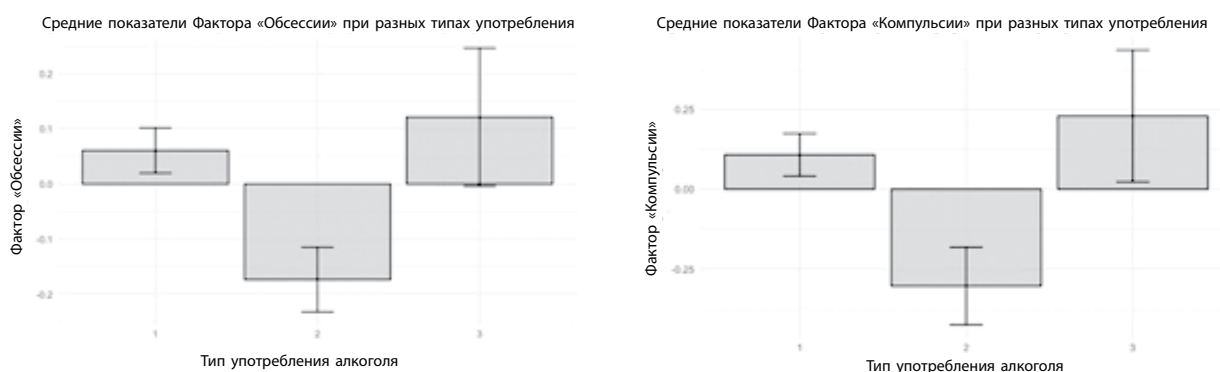
	Фактор «Обсессии»	Фактор «Компульсии»	ПШВА	Сумма МПА	ПИ	МИ	ВИ
Фактор «Обсессии»	1,000	-	-	-	-	-	-
Фактор «Компульсии»	0,715***	1,000	-	-	-	-	-
ПШВА	0,522***	0,377***	1,000	-	-	-	-
Сумма МПА	0,381***	0,415***	0,348***	1,000	-	-	-
ПИ	0,255***	0,220**	0,129	0,230**	1,000	-	-
МИ	0,213**	0,207**	0,249***	0,253***	0,172*	1,000	-
ВИ	0,217**	0,255***	0,167*	0,286***	0,333***	0,466***	1,000

Примечание: ПШВА — Пенсильванская шкала влечения к алкоголю, Сумма МПА — суммарный балл опросника Мотивации потребления алкоголя, ПИ — импульсивность планирования, МИ — моторная импульсивность, ВИ — импульсивности внимания. Показатели уровня значимости: *** — $p<0,001$, ** — $p<0,01$, * — $p<0,05$.

Note: PSWA — Pennsylvania Alcohol Craving Scale, Sum IPA — sum score of the Alcohol Use Motivation Questionnaire, PI — planning impulsivity, MI — motor impulsivity, VI — attention impulsivity. Significance level indicators: *** — $p<0.001$, ** — $p<0.01$, * — $p<0.05$.

Таблица 6. Показатели критериальной валидности шкалы обсессивно-компульсивного употребления алкоголя Table 6. Characteristics of criterion validity of the Obsessive-compulsive Drinking Scale												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.Фактор «Обсессии»	1,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2,Фактор «Компульсии»	0,715***	1,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.Алкогольные психозы в анамнезе	-0,110	-0,031	1,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.Возраст первой пробы алкоголя	-0,127	-0,194*	-0,139	1,000	-	-	-	-	-	-	-	-
5.Возраст начала регулярной алкоголизации	-0,071	-0,153*	-0,113	0,832***	1,000	-	-	-	-	-	-	-
6.Возраст появления синдрома отмены алкоголя	-0,069	-0,054	-0,073	0,314***	0,263***	1,000	-	-	-	-	-	-
7.Возраст первой госпитализации в связи с употреблением алкоголя	-0,084	-0,177*	-0,179*	0,373***	0,317***	0,593***	1,000	-	-	-	-	-
8.Количество госпитализаций	-0,050	0,037	0,240**	-0,051	-0,078	-0,168*	-0,119	1,000	-	-	-	-
9.Максимальная продолжительность ремиссий	-0,045	0,023	0,067	-0,047	-0,121	-0,042	0,003	0,270**	1,000	-	-	-
10.Наследственность алкоголизма	-0,040	-0,010	0,099	-0,125	-0,097	-0,213**	-0,261**	0,120	-0,027	1,00	-	-
11.Наличие судорожных приступов в анамнезе	0,003	-0,057	0,102	0,019	-0,034	-0,065	0,026	-0,189*	-0,027	0,062	1,000	-
12. Наличие черепно-мозговых травм в анамнезе,	0,100	0,029	-0,021	-0,107	-0,120	-0,047	-0,014	-0,059	-0,045	-0,024	0,103	1,000

Примечание: Показатели уровня значимости: *** — $p < 0,001$, ** — $p < 0,01$, * — $p < 0,05$.
 Note: Significance level indicators: *** — $p < 0,001$, ** — $p < 0,01$, * — $p < 0,05$.



Примечание: Тип 1 — ежедневное употребление, тип 2 — тяжелое эпизодическое употребление, тип 3 — смешанное употребление.

Note: Type 1 is daily use, Type 2 is heavy episodic use, Type 3 is mixed use.

Рис. 1. Результаты сравнения показателей факторов «Обсессии» и «Компульсии» Шкалы обсессивно-компульсивного употребления алкоголя в зависимости от типа употребления
Fig. 1. Results of comparisons of Obsessive-compulsive drinking scale factors depending of the drinking type

Результаты дисперсионного анализа, направленного на сравнение типов употребления алкоголя (ежедневное употребление, тяжелое эпизодическое и смешанное) показали, что факторы шкалы значимо дифференцируют различные типы употребления алкоголя (Рис.1).

Было выявлено, что участники с эпизодами тяжелого употребления алкоголя имели значимо более низкие баллы по фактору «Обсессии» по сравнению с участниками с ежедневным употреблением алкоголя ($p=0,007$). Участники с тяжелым эпизодическим типом употребления алкоголя также имели более низкие оценки по фактору «Компульсии» по сравнению с участниками с ежедневным ($p=0,006$) или смешанным типом употребления ($p=0,049$). При этом группы участников со ежедневным типом и смешанным типом употребления по фактору «Обсессии» и по фактору «Компульсии» друг от друга значимо не отличались ($p=0,869$ и $p=0,827$, соответственно).

Обсуждение

Целью данной работы являлось изучение психометрических характеристик Шкалы обсессивно-компульсивного употребления алкоголя, включая ее факторную структуру, критериальную, дискриминантную и конвергентную валидности. Результаты исследования подтвердили двухфакторную структуру опросника, схожую с оригинальной версией и учитывающую подсчет баллов с парами взаимозаменяемых утверждений. Показатели соответствия факторной структуры несколько отличались от приемлемых значений (индексы сравнительного соответствия и Такера-Льюиса были ниже, а корень среднеквадратической ошибки аппроксимации выше), что указывает на то, что шкала имеет ограниченную факторную валидность. Стоит отметить, что схожие результаты были получены в других работах, изучавших психометрические характеристики шкалы. Получен-

ное несоответствие объяснялось клиническими характеристиками выборки (например, в работе Anton и соавт. (2000) было сделано предположение, что данная шкала более валидна и применима в группе амбулаторных, а не стационарных пациентов). Однако, более фундаментальное объяснение заключалось в том, что сам термин влечения к употреблению недостаточно дифференцирован от других конструктов и операционализирован, что влечет трудности и неточности его измерения [47, 53, 62].

Подсчет факторных значений осуществляется путем суммирования полученных ответов, однако, некоторые пары утверждений являются взаимозаменяемыми — при подсчете суммарного балла учитывается только максимальное из двух значений. Анализ остаточных ковариаций показал, что вопросы 13 и 14 могут вносить разный вклад в фактор Комппульсии и не быть взаимозаменяемыми. Также был получен высокий показатель ковариации между факторами опросника. Можно предположить, что факторы шкалы ограниченно дискриминируют между феноменами обсессии и компульсии.

Показатели внутренней согласованности ШОКУА были приемлемыми. Однако, наблюдалась высокая скоррелированность некоторых утверждений, точнее вопросов 4 и 3, 4 и 6, 5 и 6, 12 и 7, 12 и 8, 10 и 11, что предполагает оценку данными пунктами идентичных аспектов феномена влечения. При этом, пара взаимозаменяемых утверждений 13 и 14 показала низкий уровень скоррелированности, таким образом, снова указывая то, что данные вопросы могут касаться разных аспектов влечения и не быть взаимозаменяемыми.

В данной работе была подтверждена конвергентная валидность опросника, так как оба фактора шкалы значимо положительно коррелировали с оценкой влечения другим психометрическим инструментом, точнее Пенсильванской шкалой влечения к алкоголю; стоит отметить, что Фактор

«Обсессии» имел более высокую силу корреляционной связи.

Шкала имела средневыраженную дискриминантную валидность. Оба фактора значимо положительно коррелировали с суммарным баллом Мотивации потребления алкоголя и шкалой импульсивности Барратта; однако, сила корреляционной взаимосвязи была невысокой. Взаимосвязь влечения с показателями импульсивности и мотивации к употреблению алкоголя была обнаружена в работах других авторов [8, 16, 18, 19, 40, 43, 56, 59, 63]. Можно предположить, что ограниченность дискриминантной валидности шкалы объясняется сложностью дифференциации само-го влечения от схожих феноменов.

При анализе критериальной валидности была выявлена отрицательная взаимосвязь фактора «компульсии» с возрастом первой пробы алкоголя, началом регулярного употребления и возрастом первой стационарной госпитализации в связи с алкогольной зависимостью. Участники с ежедневной формой употребления имели более высокие результаты по обоим факторам шкалы по сравнению с участниками с тяжелым эпизодическим употреблением. Таким образом, можно предположить, что высоким баллам по факторам шкалы способствовали более ранний возраст первой пробы алкоголя, начала регулярного употребления и стационарного лечения, а также тип употребления — ежедневный прием алкоголя. Отчасти схожие результаты были получены в работе Janiri и соавт. (2004), которая показала, что участники с типом употребления 2 по классификации Клонинджера, подразумевающий более раннее начало и быстрое прогрессирование алкогольной зависимости, имели более высокие результаты.

Исследование имело ряд преимуществ — относительно большая выборка, по сравнению с другими работами, и детальный анализ ранее предложенных факторных структур, включая факторный анализ с ковариацией остатков. Однако, проведенное исследование имеет ряд ограничений. Во-первых, в исследовании приняли участие только стационарные пациенты, что могло повлиять на валидность полученных результатов. Во-вторых, не проводилась лонгитюдная работа, что не позволило оценить ретестовую надежность шкалы. В-третьих, работа базировалась на гипотезе, что влечение к употреблению является некоторой стабильной характеристикой и не принимались во внимание его динамические и темпоральные аспекты. В-четвертых, не учитывались медикаментозные препараты, которые получали участники в момент прохождения тестирования и которые могли повлиять на переживание влечения. В-пятых, результаты статистического анализа в данном исследовании указывают на необходимость пересмотра некоторых утверждений шкалы и стратегий их интерпретации для улучшения факторной структуры.

Заключение. В данной работе была проведена оценка психометрических характеристик Шкалы обсессивно-компульсивного употребления алко-

голя, включая ее факторную структуру, конвергентную, дискриминантную и критериальную валидности. В результате, была подтверждена двухфакторная структура шкалы, состоящая из фактора «Обсессии» (утверждения 1-6) и фактора «Компульсии» (утверждения 7-14). Русскоязычная версия шкалы имеет приемлемые показатели факторной структуры и адекватный уровень внутренней согласованности.

Также была подтверждена конвергентная валидность шкалы — полученные факторы значимо коррелировали с показателями влечения, полученными по Пенсильванской шкале влечения к алкоголю. Шкала имела ограниченную дискриминантную валидность — факторы значимо коррелировали с показателями импульсивности и мотивации к употреблению алкоголя, которые оценивались, соответственно, с помощью шкалы импульсивности Барратта и опросника Мотивации потребления алкоголя. Оценка критериальной валидности выявила выраженную взаимосвязь между факторами шкалы и возрастом первой пробы алкоголя, началом регулярного употребления, возрастом первого стационарного лечения алкогольной зависимости и типом употребления.

Дальнейшие исследования могут включать лонгитюдную оценку динамики выраженности влечения к употреблению в разных популяциях пациентов с синдромом алкогольной зависимости (не обращающихся за помощью или получающих амбулаторное лечение), а также более детальное изучение различных аспектов феномена влечения.

Благодарность

Коллектив авторов хочет выразить благодарность Вышинскому Константину Витальевичу — к.м.н., ведущему научному сотруднику отдела организации профилактической помощи в наркологии Национального научного центра наркологии — филиала ФГБУ НМИЦ ПН им. В.П. Сербского МЗ РФ за важные критические замечания при подготовке данной работы к публикации.

Приложение 1

Инструкция: Следующие вопросы касаются употребления Вами алкоголя и попыток контролировать его. Пожалуйста, обведите в кружок цифру, соответствующую утверждению, которое наиболее для Вас подходит.

№	Утверждения	№	Утверждения
1	В период, когда Вы не употребляли алкоголь, сколько времени было занято идеями, мыслями, побуждениями или образами, связанными с употреблением алкоголя? (0) Нисколько (1) Меньше 1 часа в день (2) 1-3 часа в день (3) 4-8 часов в день (4) Больше 8 часов в день	8	Сколько дней в неделю Вы употребляли спиртное? (0) Не употреблял вообще (1) Не более 1 дня в неделю (2) 2-3 дня в неделю (3) 4-5 дней в неделю (4) 6-7 дней в неделю
2	Как часто случались эти мысли? (0) Никогда (1) Не более 8 раз в день (2) Более 8 раз в день, но большая часть дня была свободна от этих мыслей (3) Более 8 раз в день, занимали большую часть дня (4) Мысли постоянные, почти что ни часа не проходило без этих мыслей	9	Насколько употребление алкоголя мешало Вашей профессиональной деятельности? Случалось ли, что Вы чего-либо не делали или не могли сделать из-за этого? (Если Вы в настоящее время не работаете, в какой мере употребление алкоголя мешало бы Вашей профессиональной деятельности в случае, если бы Вы работали?) (0) Употребление алкоголя никогда не мешало — Я мог нормально функционировать (1) Употребление алкоголя незначительно влияло на мою профессиональную активность, но в целом моя деятельность не была нарушена (2) Употребление алкоголя определенно негативно влияло на мою профессиональную активность, но я все же мог справляться с работой (3) Употребление алкоголя существенно нарушало мою профессиональную деятельность (4) Употребление алкоголя полностью нарушало мою профессиональную деятельность
3	Насколько эти идеи, мысли, побуждения или образы, связанные с употреблением алкоголя, мешали Вашей общественной жизни, работе, нормальному функционированию? Случалось ли, что Вы чего-либо не сделали или не могли сделать из-за этого? (Если Вы в настоящее время не работаете, в какой мере Ваша профессиональная деятельность пострадала бы под влиянием этих мыслей в случае, если бы Вы работали?) (0) Мысли о выпивке никогда не мешали — Я мог нормально функционировать (1) Мысли о выпивке незначительно влияли на мою общественную или профессиональную активность, но в целом моя деятельность не была нарушена (2) Мысли о выпивке определенно влияли на мою общественную или профессиональную активность, но я сохранял способность контролировать ситуацию (3) Мысли о выпивке существенно мешали моей общественной и профессиональной деятельности (4) Мысли о выпивке полностью нарушали мою общественную и профессиональную деятельность	10	Насколько мешало употребление алкоголя Вашей жизни в обществе? Случалось ли, что Вы чего-либо не делали или не могли сделать из-за употребления алкоголя? (0) Употребление алкоголя никогда не мешало — Я мог нормально функционировать в обществе (1) Употребление алкоголя незначительно влияло на мою жизнь в обществе, но в целом моя деятельность не была нарушена (2) Употребление алкоголя определенно негативно влияло на мою жизнь в обществе, но я все же мог справляться с ситуацией (3) Употребление алкоголя существенно мешало моей жизни в обществе (4) Употребление алкоголя полностью нарушало мою жизнь в обществе

4	Насколько эти идеи, мысли, побуждения или образы, связанные с употреблением алкоголя, вызывали у Вас стресс или беспокойство в то время, когда Вы не употребляли спиртных напитков? (0) Не вызывали (1) Незначительно, не часто, не причиняли особого беспокойства (2) Умеренно, достаточно часто, вызывали беспокойство, но я мог контролировать себя (3) Значительно, очень часто, вызывали сильное беспокойство (4) Были крайне выражены, практически постоянно, лишали возможности нормально функционировать	11	Если бы Вам помешали употребить спиртное, когда Вы хотели это сделать, в какой мере это вызвало бы у Вас тревогу и раздражение? (0) Я не испытал бы тревоги и раздражения (1) Это вызвало бы легкую тревогу и раздражение (2) Это вызвало бы тревогу и раздражение, но я был бы в состоянии справиться с этим (3) Я испытал бы значительную тревогу или раздражение, которые всерьез бы мне мешали (4) Я испытал бы крайне выраженную тревогу и раздражение
5	Сколько усилий Вы прилагали, чтобы противостоять этим мыслям, не обращать на них внимания или отвлечься от этих мыслей, в то время, когда Вы не употребляли спиртное? (Обозначьте степень приложенных усилий, независимо от того, увенчались они успехом или нет) (0) Подобных мыслей у меня было крайне мало, не было необходимости им активно противостоять. Если они появлялись, я всегда старался противостоять им (1) Я пытался противостоять им большую часть времени (2) Я делал некоторые попытки противостоять им (3) Я сдавался без попыток противостоять этим мыслям, но совершал это с некоторыми колебаниями (4) Я полностью и охотно подчинялся этим мыслям	12	Сколько усилий Вам приходилось прилагать, чтобы противостоять употреблению спиртных напитков? (Обозначьте выраженность ваших усилий, независимо от того, оказались они успешными или нет) (0) Я употреблял алкоголь крайне мало, не было необходимости активно противостоять этому. Если я употреблял алкоголь, я всегда старался противостоять этому. (1) Я пытался противостоять этому в большинстве случаев (2) Я делал некоторые попытки противостоять этому (3) Я почти всегда сдавался без попыток контролировать употребление алкоголя, но совершал это с некоторыми колебаниями (4) Я всегда полностью и добровольно предавался пьянству
6	Насколько успешно Вам удавалось не думать об этом или отвлекаться от мыслей, связанных с употреблением алкоголя, в то время, когда Вы были трезвы (не употребляли спиртное)? (0) Мне легко удавалось не думать об этом или отвлекаться от этих мыслей (1) Обычно мне удавалось не думать об этом или отвлекаться от этих мыслей, если я прилагал определенные усилия и концентрировался (2) Иногда я был способен не думать об этом или отвлекаться от этих мыслей (3) Я редко был способен перестать думать об этом, мне с трудом удавалось отвлекаться от этих мыслей (4) Мне редко удавалось отвлечься от этих мыслей даже на мгновение	13	Насколько сильно была выражена у Вас потребность употреблять спиртное? (0) Не было потребности (1) Была незначительная потребность употреблять алкоголь (2) Была выраженная потребность употреблять алкоголь (3) Была очень выраженная потребность употреблять алкоголь (4) Потребность употреблять алкоголь была совершенно непреодолима
7	Сколько стандартных порций спиртного Вы употребляли ежедневно? (0) Не употреблял вообще (1) Меньше 1 порции в день (2) 1-2 порции в день (3) 3-7 порций в день (4) 8 порций в день и больше * Стандартная порция спиртного это: Маленький бокал вина или шампанского, 100 мл (крепость 12-13%); половина кружки пива, 250 мл (крепость 4,5-5%); бокал крепленого вина, 60 мл (крепость 16-22%); маленькая рюмка крепкого алкоголя, 30 мл (крепость 40%).	14	Насколько Вы были способны контролировать употребление спиртного? (0) Полностью контролировал (1) Обычно я был способен осуществлять сознательный контроль над употреблением спиртного (2) Я с трудом мог контролировать употребление спиртного (3) Я не мог не выпивать и был способен лишь с трудом отсрочить прием спиртного (4) Мне редко удавалось отсрочить прием спиртного даже на короткое время

Фактор «Обсессии»: Суммарный балл= max(1 или 2)+3+4+5+6

Фактор «Компульсии»: Суммарный балл= max(7 или 8)+max (9 или 10)+11+12+max(13 или 14)

Литература / References

1. Завьялов В.Ю. Клинико-психологические аспекты формирования зависимости от алкоголя. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Томск. 1993.
Zav'yalov V.Yu. Kliniko-psihologicheskie aspekty formirovaniya zavisimosti ot alkogolya. Avtoreferat dissertatsii na soiskanie uchenoj stepeni doktora meditsinskih nauk. Tomsk. 1993. (In Russ.).
2. Климанова С.Г., Березина А.А., Трусова А.В., Подольяк Д.В., Рыбакова К.В., Крупицкий Е.М. Взаимосвязь клинических характеристик пациентов с алкогольной зависимостью с доминирующей мотивацией употребления алкоголя. Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2022;56:4:63-76.
Klimanova SG, Berezina AA, Trusova AV, Podolyak DV, Rybakova KV. The relationship between clinical characteristics of patients with Alcohol Use Disorder and drinking motives. Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva. 2022;56:4:63-76. (In Russ.).
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-4-63-76>.
3. Крупицкий Е.М., Руденко А.А., Цой М.В., Незнанова О.Н., Бураков А.М., Славина Т.Ю., Гриненко А.Я., Звартау Э.Э., Фланнери Б.А., Креbaum С. Феноменология патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом в ремиссии: связь с рецидивом заболевания. Вопросы наркологии. 2003;6:15-19.
Krupitsky EM, Rudenko AA, Tsoy MV, Neznanova ON, Burakov AM, Slavina TYu, Grinenko AYu, Zvartau EE, Flannery BA, Krebaum S. Phenomenology of pathological craving in patients with Alcohol Use Disorder in remission: the association with relapse. Voprosy narkologii. 2003;6:15-19. (in Russ.).
4. Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10) [Mkb-10.com]. Mkb-10; 1993. Доступно:
<http://mkb-10.com/index.php?pid=4048>
5. Ненастьева А.Ю. Психометрические шкалы в современной клинической наркологии Вопросы наркологии. 2018;7(167):46-71.
Nenasteva AYu. Psychometric scales used in modern clinical addiction medicine. Voprosy narkologii. 2018;7(167):46-71. (in Russ.).
6. Отчет о реализации проекта RUS-AUDIT. Адаптация и валидация теста AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя в Российской Федерации. [www.who.int]. who; 2021.
Доступно: <https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789289055765>
7. Шумская Д.С., Трусова А.В., Кибитов А.О. Краткая русскоязычная версия шкалы импульсивности Барратта (BIS-11): разработка и валидизация. Психология. Журнал Высшей Школы Экономики, 2023;20(2):211-230.
Shumskaia DS, Trusova AV, Kibitov AO. The Short Russian Version of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11): Development and Validation. Psihologiya. Zhurnal Vysshej Shkoly Ekonomiki, 2023;20(2):211-230. (in Russ.).
<https://doi.org/10.17323/1813-8918-2023-2-211-230>.
8. Adamson SJ, Sellman JD, Frampton CMA. Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. Journal of Substance Abuse Treatment. 2009;36(1):75-86.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.05.007>
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition) [archive.org]. archive; 2013.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
Available: <https://archive.org/details/american-psychiatric-association-diagnostic-and-statistical-manual-of-mental-dis/page/n3/mode/2up>
10. Ansseau M, Besson J, Lejoyeux M, Pinto E, Landry U, Cornes M, Deckers F, Potgieter A, Ades J. A French Translation of the Obsessive-Compulsive Drinking Scale for Craving in Alcohol-Dependent Patients: A Validation Study in Belgium, France, and Switzerland. European Addiction Research. 2000;6(2):51-56.
<https://doi.org/10.1159/000019010>
11. Anton RF. The Obsessive Compulsive Drinking Scale: A New Method of Assessing Outcome in Alcoholism Treatment Studies. Archives of General Psychiatry. 1996;53(3):225.
<https://doi.org/10.1001/arch-psyc.1996.01830030047008>
12. Anton RF. What is craving? Models and implications for treatment. Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 1999;23(3):165-173.
13. Anton RF. Obsessive-compulsive aspects of craving: Development of the Obsessive Compulsive Drinking Scale. Addiction. 2000;95(8s2):211-217.
<https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.95.8s2.9.x>
14. Anton RF, Moak DH, Latham P. The Obsessive Compulsive Drinking Scale: A Self-Rated Instrument for the Quantification of Thoughts about Alcohol and Drinking Behavior. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 1995;19(1):92-99.
<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1995.tb01475.x>
15. Bentler PM. Comparative fit indexes in structural models. Psychological Bulletin. 1990;107(2):238-246.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>
16. Bernard L, Cyr L, Bonnet-Suard A, Cutarella C, Bréjard V. Drawing alcohol craving process: A systematic review of its association with thought suppression, inhibition and impulsivity. Heliyon. 2021;7(1):e05868.
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05868>
17. Bohn MJ, Barton BA, Barron KE. Psychometric Properties and Validity of the Obsessive-Compul-

- sive Drinking Scale. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1996;20(5):817–823.
<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1996.tb05257.x>
18. Bresin K, Verona E. Craving and substance use: Examining psychophysiological and behavioral moderators. *International Journal of Psychophysiology*. 2021;163:92–103.
<https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2019.03.006>
 19. Cavicchioli M, Vassena G, Movalli M, Maffei C. Is craving a risk factor for substance use among treatment-seeking individuals with alcohol and other drugs use disorders? A meta-analytic review. *Drug and Alcohol Dependence*. 2020;212:108002.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108002>
 20. Chignon JM, Jacquesy L, Mennad M, Terki A, Huttin F, Martin P, Chabannes JP. Self-assessment questionnaire of alcoholic craving (ECCA Questionnaire: Behavior and Cognition in Relation to Alcohol: French translation and validation of the Obsessive-Compulsive Drinking Scale. *L'Encephale*. 1998;24(5):426–434.
 21. Coates J.M., Feeney G.F.X., Gullo M.J., Kavanagh D.J., Young R.McD., May J., Andrade J., Connor J.P. Craving Measurement and Application of the Alcohol Craving Experience Questionnaire. In *Neuroscience of Alcohol*. Elsevier. 2019.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813125-1.00062-3>
 22. Connor JP, Jack A, Feeney GFX, Young RMcD. Validity of the Obsessive Compulsive Drinking Scale in a Heavy Drinking Population. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2008;32(6):1067–1073.
<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2008.00668.x>
 23. Cordero M, Solís L, Cordero R, Torruco M, Cruz-Fuentes C. Factor Structure and Concurrent Validity of the Obsessive Compulsive Drinking Scale in a Group of Alcohol-Dependent Subjects of Mexico City. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2009;33(7):1145–1150.
<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2009.00937.x>
 24. Cyr L, Bernard L, Pedinielli J-L, Cutarella C, Bréjard V. Association Between Negative Affectivity and Craving in Substance-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis of Direct and Indirect Relationships. *Psychological Reports*. 2023;126(3):1143–1180.
<https://doi.org/10.1177/00332941211061079>
 25. Dash GF, Slutske WS, Martin NG, Statham DJ, Agrawal A, Lynskey MT. Big Five personality traits and alcohol, nicotine, cannabis, and gambling disorder comorbidity. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2019;33(4):420–429.
<https://doi.org/10.1037/adb0000468>
 26. Drummond DC, Litten RZ, Lowman C, Hunt WA. Craving research: Future directions. *Addiction*. 2000;95(8):247–255.
<https://doi.org/10.1080/09652140050111816>
 27. Eliason MJ, Amodia DS. An integral approach to drug craving. *Addiction Research & Theory*. 2007;15(4):343–364.
<https://doi.org/10.1080/16066350701500627>
 28. Evren C, Umut G, Evren B, Bozkurt M, Can Y. Psychometric properties of the Turkish version of the UPPS Impulsive Behavior Scale Sensation Seeking Subscale in a sample of inpatients with alcohol use disorder. *European Psychiatry*. 2016;33:296–297.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.1010>
 29. Fatseas M, Serre F, Swendsen J, Auriacombe M. Effects of anxiety and mood disorders on craving and substance use among patients with substance use disorder: An ecological momentary assessment study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2018;187:242–248.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.03.008>
 30. Flannery BA, Volpicelli JR, Pettinati HM. Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 1999;23(8):1289–1295.
 31. Flora DB. Your Coefficient Alpha Is Probably Wrong, but Which Coefficient Omega Is Right? A Tutorial on Using R to Obtain Better Reliability Estimates. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*. 2020;3(4):484–501.
<https://doi.org/10.1177/2515245920951747>
 32. Foulds J, Newton-Howes G, Guy NH, Boden JM, Mulder RT. Dimensional personality traits and alcohol treatment outcome: A systematic review and meta-analysis: Personality trait in alcohol use disorder. *Addiction*. 2017;112(8):1345–1357.
<https://doi.org/10.1111/add.13810>
 33. Gauld C, Baillet E, Micoulaud-Franchi J-A, Kervran C, Serre F, Auriacombe M. The centrality of craving in network analysis of five substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*. 2023;245:109828.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109828>
 34. Hartwell EE, Ray LA. Craving as a DSM-5 Symptom of Alcohol Use Disorder in Non-Treatment Seekers. *Alcohol and Alcoholism*. 2018;53(3):235–240.
<https://doi.org/10.1093/alcalc/agx088>
 35. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 1999;6(1):1–55.
<https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
 36. Janiri L, Calvosa F, Dario T, Pozzi G, Ruggeri A, Addolorato G, Di Giannantonio M, De Risio S. The Italian version of the Obsessive-Compulsive Drinking Scale: Validation, comparison with the other versions, and difference between type 1- and type 2-like alcoholics. *Drug and Alcohol Dependence*. 2004;74(2):187–195.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.01.004>
 37. Kavanagh DJ, Statham DJ, Feeney GFX, Young RMcD, May J, Andrade J, Connor JP. Measurement of alcohol craving. *Addictive Behaviors*. 2013;38(2):1572–1584.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.08.004>
 38. Kline T. *Psychological testing: A practical approach to design and evaluation*. Sage Publications. 2005.

39. Kranzler HR, Mulgrew CL, Modesto-Lowe V, Burleson JA. Validity of the Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS): Does Craving Predict Drinking Behavior? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1999;23(1):108–114. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1999.tb04030.x>
40. Lee RSC, Hoppenbrouwers S, Franken I. A Systematic Meta-Review of Impulsivity and Compulsivity in Addictive Behaviors. *Neuropsychology Review*. 2019;29(1):14–26. <https://doi.org/10.1007/s11065-019-09402-x>
41. Malcolm R, Herron JE, Anton RF, Roberts J, Moore J. Recurrent detoxification may elevate alcohol craving as measured by the Obsessive Compulsive Drinking scale. *Alcohol*. 2000;20(2):181–185. [https://doi.org/10.1016/S0741-8329\(99\)00073-7](https://doi.org/10.1016/S0741-8329(99)00073-7)
42. Mann K, Ackermann K. Die OCDS-G: Psychometrische Kennwerte der deutschen Version der Obsessive Compulsive Drinking Scale. *SUCHT*. 2000;46(2):90–100. <https://doi.org/10.1024/suc.2000.46.2.90>
43. Martins JS, Fogelman N, Wemm S, Hwang S, Sinha R. Alcohol craving and withdrawal at treatment entry prospectively predict alcohol use outcomes during outpatient treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. 2022;231:109253. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109253>
44. Moak DH, Anton RF, Latham PK. Further Validation of the Obsessive-Compulsive Drinking Scale (OCDS): Relationship to Alcoholism Severity. *American Journal on Addictions*. 1998;7(1):14–23. <https://doi.org/10.3109/10550499809034708>
45. Modell JG, Glaser FB, Cyr L, Mountz JM. Obsessive and Compulsive Characteristics of Craving for Alcohol in Alcohol Abuse and Dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1992;16(2):272–274. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1992.tb01375.x>
46. Nakovics H, Diehl A, Croissant B, Mann K. Modifications of the Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS-G) for use in longitudinal studies. *Addictive Behaviors*. 2008;33(10):1276–1281. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.05.013>
47. Ooteman W, Koeter MWJ, Vserheul R, Schippers GM, Van Den Brink W. Measuring Craving: An Attempt to Connect Subjective Craving with Cue Reactivity. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2006;30(1):57–69. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2006.00019.x>
48. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*. 1995;51(6):768–774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)
49. Potgieter AS, Deckers F, Geerlings P. Craving and relapse measurement in alcoholism. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. 1999;34(2):254–260. <https://doi.org/10.1093/alcalc/34.2.254>
50. Ray L.A., Courtney K.E., Bacio G., MacKillop J. The Assessment of Craving in Addiction Research. In J. MacKillop & H. De Wit (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Addiction Psychopharmacology*. Wiley. 2013. <https://doi.org/10.1002/9781118384404.ch13>
51. Roberts JS, Anton RF, Latham PK, Moak DH. Factor Structure and Predictive Validity of the Obsessive Compulsive Drinking Scale. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1999;23(9):1484–1491. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1999.tb04671.x>
52. Rosenberg H. Defining and Assessing Drug Craving. In *Principles of Addiction*. Elsevier. 2013. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-398336-7.00040-1>
53. Sayette MA, Shiffman S, Tiffany ST, Niaura RS, Martin CS, Schadel WG. The measurement of drug craving. *Addiction*. 2000;95(8s2):189–210. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.95.8s2.8.x>
54. Schippers GM, DeJong CAJ, Leher Ph, Potgieter A, Deckers F, Casselman J, Geerlings PJ. The Obsessive Compulsive Drinking Scale: Translation into Dutch and Possible Modifications. *European Addiction Research*. 1997;3(3):116–122. <https://doi.org/10.1159/000259164>
55. Schmidt P, Helten C, Soyka M. Predictive value of obsessive-compulsive drinking scale (OCDS) for outcome in alcohol-dependent inpatients: Results of a 24-month follow-up study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2011;6(1):14. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-6-14>
56. Serre F, Fatseas M, Swendsen J, Auriacombe M. Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. 2015;148:1–20. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.12.024>
57. Shmulewitz D, Stohl M, Greenstein E, Roncone S, Walsh C, Aharonovich E, Wall MM, Hasin DS. Validity of the DSM-5 craving criterion for alcohol, tobacco, cannabis, cocaine, heroin, and non-prescription use of prescription painkillers (opioids). *Psychological Medicine*. 2023;53(5):1955–1969. <https://doi.org/10.1017/S0033291721003652>
58. Skinner MD, Aubin H-J. Craving's place in addiction theory: Contributions of the major models. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2010;34(4):606–623. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.11.024>
59. Stohs ME, Schneekloth TD, Geske JR, Biernacka JM, Karpyak VM. Alcohol Craving Predicts Relapse After Residential Addiction Treatment. *Alcohol and Alcoholism*. 2019;54(2):167–172. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agy093>
60. Tatsuzawa Y, Yoshimasu H, Moriyama Y, Furu-sawa T, Yoshino A. Validation study of the Japanese version of the Obsessive-Compulsive Drinking Scale. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2002;56(1):91–95. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2002.00934.x>

61. Tiffany ST, Wray JM. The clinical significance of drug craving. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2012;1248(1):1–17. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06298.x>
62. Tiffany ST, Carter BL, Singleton EG. Challenges in the manipulation, assessment and interpretation of craving relevant variables. *Addiction*. 2000;95(8s2):177–187. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.95.8s2.7.x>
63. Vafaie N, Kober H. Association of Drug Cues and Craving With Drug Use and Relapse: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2022;79(7):641. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1240>
64. Van Lier HG, Pieterse ME, Schraagen JMC, Postel MG, Vollenbroek-Hutten MMR, De Haan HA, Noordzij ML. Identifying viable theoretical frameworks with essential parameters for real-time and real world alcohol craving research: A systematic review of craving models. *Addiction Research & Theory*. 2018;26(1):35–51. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1309525>
65. Verheul R, van den Brink W, Geerlings P. A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. 1999;34(2):197–222.
66. Wang H, Lan L, Lan X, Chen P, Liu G, Rong X, Liu L, Kang C-Y, Yang J, Guan Y-Z, Zhu X-F, Hu J, Yang M, Zheng D, Peng Y. Validation and Factor Analysis of the Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) in the Chinese Population. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:770860. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.770860>

Сведения об авторах

Климанова Светлана Георгиевна – научный сотрудник отделения терапии стационарных больных с аддиктивными расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3. Email: svetlanagkl@gmail.com

Борновалова Марина Александровна — доктор психологических наук, доцент кафедры клинической психологии Университета Южной Флориды. 4202 E. Fowler Avenue, Tampa, FL 33620, USA. Email: bornovalova@usf.edu

Эммануэль Педепо — аспирант кафедры клинической психологии Университета Южной Флориды. 4202 E. Fowler Avenue, Tampa, FL 33620, USA. Email: pedepoemmanuel@usf.edu

Заарур Асиф — аспирант кафедры клинической психологии Университета Южной Флориды. 4202 E. Fowler Avenue, Tampa, FL 33620, USA. Email: Asifzaarur@usf.edu

Березина Анна Андреевна — младший научный сотрудник отделения терапии стационарных больных с аддиктивными расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева». Email: aneta.berezina@gmail.com

Трусова Анна Владимировна — кандидат психологических наук, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета (199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9, старший научный сотрудник Отделения терапии стационарных больных с аддиктивными расстройствами, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Email: anna.v.trusova@gmail.com

Рыбакова Ксения Валерьевна — доктор медицинских наук, руководитель, главный научный сотрудник отделения терапии стационарных больных с аддиктивными расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Email: kvrybakova@yandex.ru

Крупницкий Евгений Михайлович — доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе и руководитель Института аддиктологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, руководитель лаборатории клинической фармакологии аддиктивных состояний Института фармакологии им. А.В. Валъдмана ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого 6-8). Email: krueator@gmail.com

Поступила 18.06.2024

Received 18.06.2024

Принята в печать 25.10.2024

Accepted 25.10.2024

Дата публикации 20.12.2024

Date of publication 20.12.2024