

Взаимосвязь клинических характеристик пациентов с алкогольной зависимостью с доминирующей мотивацией употребления алкоголя

Оригинальная статья

Климанова С.Г.¹, Березина А.А.¹, Трусова А.В.^{1,2}, Подоляк Д.В.¹, Рыбакова К.В.¹, Крупицкий Е.М.^{1,3}
¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург, Россия

²Санкт-Петербургский Государственный Университет, Россия

³Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова, Россия

Резюме. Изменение мотивационной сферы является одним из центральных нарушений в клинической картине синдрома алкогольной зависимости (СОА). На основании последних нейробиологических исследований были выделены три основные мотивации употребления алкоголя — употребление как вознаграждение, как облегчение состояния, и как привычка.

Целью данной работы является изучение различий в клинико-психологических характеристиках пациентов с алкогольной зависимостью в зависимости от лидирующей мотивации употребления алкоголя. В исследовании приняли участие 76 человек. 76 участников исследования (50 мужчин (65.79%), средний возраст 42.25±9.36 лет (M±SD)) были отобраны из числа пациентов, проходящих стационарное лечение СОА. Для изучения клинико-психологических характеристик участников были использованы следующие инструменты: клиническое интервью, Шкала употребления алкоголя как вознаграждения, облегчения состояния и привычки, Пенсильванская шкала влечения к алкоголю, Шкала обсессивно-компульсивного употребления алкоголя, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, Шкала ангедонии Снайта-Гамильтона, Опросник Карвера-Уайта, Опросник когнитивно-эмоциональной регуляции. Участники были разделены на три подгруппы в зависимости от превалирующей мотивации употребления.

Участники группы с доминирующей мотивацией употребления как привычки значимо реже прибегали к когнитивно-эмоциональным стратегиям «префокусировка на планировании» и «позитивная переоценка». При этом, выраженность данной мотивации положительно коррелировала с тяжестью симптомов тревоги и депрессии, и негативно — с выраженностью силы торможения поведения. Участники группы с мотивацией вознаграждения сообщили о большей чувствительности к награде по сравнению с объединенной группой участников с превалирующими мотивациями облегчения состояния и привычки. Выраженность мотивации употребления как облегчения состояния позитивно коррелировала с выраженностью симптомов депрессии. Участники, которые затруднились выделить доминирующую мотивацию употребления, отметили более низкий уровень эмоционального и физического функционирования, а также более редкое использование некоторых адаптивных форм эмоциональной регуляции. В отличие от предыдущих исследований, связь между превалирующей мотивацией и характеристиками злоупотребления алкоголем или тяжестью СОА обнаружена не была.

Ключевые слова: мотивация употребления, алкогольная зависимость, эмоциональная регуляция

Информация об авторах

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

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>

Подоляк Дарья Валерьевна — email: d.podoliak21@gmail.com.

Рыбакова Ксения Валерьевна — email: ksenia@med122.com; <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., Березина А.А., Трусова А.В., Подоляк 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. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-4-63-76>.

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

The relationship between the clinical characteristics of patients with alcohol use disorder and drinking motives

Research article

Klimanova S.G.¹, Berezina A.A.¹, Trusova A.V.^{1,2}, Podoliak D.V.¹, Rybakova K.V.¹, Krupitsky E.M.^{1,3}

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

St. Petersburg, Russia

² St. Petersburg University, Russia

³Pavlov First St. Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia

Summary. Changes in the motivational structure are considered one of the central characteristics of Alcohol Use Disorder (AUD). The latest motivational models of AUD were developed based on recent neurobiological research findings. According to these models, three main drinking motives can be identified—drinking as a reward, as a relief, and as a habit.

The goal of the study was to explore the main differences in the psychological and clinical characteristics of patients with AUD depending on the predominant drinking motive. For this study, 76 individuals (50 men (65.79%), average age 42.25±9.36 y.o. (M±SD)) undergoing in-patient treatment for the symptoms of AUD were recruited. The following methods were used: clinical interview, UCLA Reward, Relief, Habit Drinking Scale, Penn Alcohol Craving Scale, Obsessive Compulsive Drinking Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Snaith-Hamilton Pleasure Scale, Behavioral Activation Scale/Behavioral Inhibition Scale, and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. The participants were divided into three groups depending on their predominant drinking motive.

The participants with the predominant “drinking as a habit” motivation reported using strategies of “refocusing on planning” and “positive reappraisal” significantly less often. At the same time, the intensity of “drinking as a habit” motive positively correlated with the severity of anxiety and depressive symptoms, and negatively—with the strength of the behavioral inhibition system. The participants with the “drinking as a reward” motivation reported having greater reward responsiveness as compared to the combined group of participants with the relief and habit drinking motives. The intensity of “drinking as a relief” motivation positively correlated with the severity of depressive symptoms. It was also noted that the participants, who did not identify the predominant drinking motive, reported having decreased levels of emotional and physical functioning and less frequent use of the certain adaptive emotional regulation strategies. In contrast with the previous studies, the relationship between the prevailing drinking motives and characteristics of drinking or the severity of AUD was not identified.

Key words: drinking motives, alcohol use disorder, emotion regulation

Information about authors

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

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>

Daria V. Podoliak—email: d.podoliak21@gmail.com;

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

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

To cite this article: Klimanova SG, Berezina AA, Trusova AV, Podolyak DV, Rybakova KV. The relationship between clinical characteristics of patients with Alcohol Use Disorder and drinking motives. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2022; 56:4:63-76. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-4-63-76>. (In Russ.)

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

Алкогольная зависимость—хроническое рецидивирующее заболевание, основными симптомами которого являются выраженное влечение к употреблению алкоголя и трудности контроля употребления, что приводит к превалированию аддиктивного поведения над другими областями психосоциального функционирования и связано с феноменом нейроадаптации, проявляющимся повышенной толерантностью и синдромом отмены алкоголя [5, 11].

Несмотря на некоторые различия в критериальной структуре и неоднородности клинической картины заболевания [38], большинство

диагностических классификаций выделяют проявления нарушений мотивационной сферы в качестве центральной характеристики синдрома зависимости от алкоголя. В связи с этим были разработаны концептуальные модели зависимости от психоактивных веществ, за основу которых были взяты мотивационные процессы. Согласно мотивационным моделям зависимости, основным механизмом продолжающегося злоупотребления алкоголем является ожидание приятных переживаний (награда), совладания с неприятными или дискомфортными переживаниями (копинг), а также достижение лично зна-

чимых целей (например, социальные мотивы) [2, 8, 18, 19, 27]. На основе предложенных моделей были разработаны различные методы оценки, позволяющие категоризировать респондентов на основе преобладающей мотивации — Опросник мотивация потребления алкоголя [2, 8], Опросник Мотивов Употребления [17, 29], Перечень ситуаций употребления [12, 43].

Однако, разделение пациентов на группы на основе предложенных мотивационных моделей не показало практической значимости, так как попытки таргетированных интервенций не имели повышенной эффективности [22, 33].

В связи с этим, последние разработки мотивационных моделей зависимости были основаны на результатах исследований нейробиологических механизмов зависимости. Наиболее широкое распространение получил модель цикла аддикции, разработанная Koob & Volkow [26]. Согласно данной модели, повторяющийся цикл аддикции состоит из последовательных фаз — интоксикация/ злоупотребление (intoxication/binge), состояние абстиненции/ негативного аффекта (withdrawal/negative affect) и обеспокоенность/предвосхищение (preoccupation/anticipation) следующего эпизода употребления. При этом на каждом из данных этапов происходит дисрегуляция эмоционального состояния, в результате которого поддерживается сам цикл аддикции. Интоксикация/злоупотребление алкоголем способствует резкому выбросу дофамина и опиоидных пептидов, которые вызывают субъективное чувство эйфории. Переживаемый позитивный опыт в момент употребления приобретает качество безусловного мотиватора (incentive salience), заставляющего компульсивно возвращаться к употреблению алкоголя или наркотиков [25, 36]. Снижение концентрации психоактивного вещества в организме провоцирует появление симптомов абстиненции, которые сопровождаются такими негативными эмоциональными переживаниями, как раздражительность, дисфория, стресс, потеря мотивации к другим источникам позитивных переживаний. В момент абстиненции происходит активация системы «анти-вознаграждения», которая продуцирует состояние стресса и может быть задействована в течение продолжительного времени, таким образом делая возможным рецидив заболевания даже после того, как острые симптомы абстиненции снижены.

Резкое снижение или исчезновение позитивных переживаний, сопряженных с употреблением психоактивного вещества, в совокупности с усилением негативных переживаний в период абстиненции создает предпосылки для развития компульсивного влечения к употреблению. Следующая стадия предвосхищения употребления становится ключевой в возобновлении употребления или сохранении ремиссии. Значимую роль в этом процессе играют исполнительные функции, в том числе функции торможения в ответ на стимулы, ассоциированные с алкоголем психоактивным веществом. При этом, усиление влечения к употреблению на данной стадии снижает способность к

саморегуляции, так как задействует те же отделы головного мозга (префронтальную кору), что и исполнительные функции [25, 26].

Результаты нейробиологических исследований способствовали развитию новых теорий и моделей зависимости, которые изложены в ряде обобщающих и систематизирующих работ — таких как Этиологическая, Теоретическая, Онтогенетическая Структура Синдрома Алкогольной Зависимости (ЕТОН Framework) [14], Нейроклиническая Оценка Аддикций/ Критерии Исследовательского Домена Алкогольной Зависимости (ANA/AARDoC) [30, 31, 39, 41], Иерархическая Таксономия Психопатологии (HiTOP) [28], Батарейка Оценки Фенотипа (PhAB) [23]. Качественное отличие данных моделей от предыдущих заключается в фокусировке на механизмах, лежащих в основе формирования аддикции, а не категориальном описании, нацеленности на изучение нескольких уровней феномена зависимости (например, от генотипического до фенотипического) и укорененности в результатах экспериментальных исследований.

В рамках нейробиологических моделей зависимости, были предложены новые самоотчетные шкалы, предлагающие проводить оценку фенотипа пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в зависимости от преобладающей мотивации употребления — вознаграждения или облегчения состояния [9, 22, 42]. Один из предложенных инструментов — Шкала употребления алкоголя как вознаграждения, облегчения состояния и привычки (Reward, Relief, Habit Drinking Scale (UCLA RRHDS)) [22]. Данная шкала состоит из четырех пунктов — ответ на первый вопрос позволяет отнести респондента к тому или иному типу мотивации, остальные вопросы предполагают ранжирование по шкале Ликерта от 1 до 7 того, как часто человек употребляет алкоголь для а) удовольствия, б) облегчения, в) по привычке.

В процессе валидации шкалы UCLA RRHDS и дальнейших исследований с ее использованием было выявлено, что участники с преобладающим мотивом употребления алкоголя как облегчения состояния и как привычки значимо не отличались друг от друга по клиническим и психологическим характеристикам. Однако, по сравнению с участниками с преобладающим мотивом употребления алкоголя как вознаграждения отмечали более высокий уровень тонического влечения к алкоголю (крейвинга) и симптомов депрессии и тревоги [22]. Также было отмечено, что после употребления алкоголя участники с ведущей аддиктивной мотивацией облегчения состояния и привычки чаще отмечали улучшение негативного настроения и седативный эффект алкоголя. По данным Grodin et al. [22] участники группы мотивации облегчения состояния и привычки сообщили о том, что основной мотивацией употребления является совладание с негативными переживаниями, а участники группы вознаграждения — повышение настроения. Недавние нейровизуализационные исследования с использованием визуальных алкоголь-ассоциированных стиму-

лов [15] указывают на то, что в группе участников с превалирующей мотивацией облегчения состояния и привычки более выражено активировались отдельные участки мозга (Dorsal Striatum), что может свидетельствовать о более выраженном переживании облегчения от негативных переживаний, чем награды в ответ на алкогольные стимулы. При этом, данные в отношении взаимосвязи с тяжестью зависимости, формы и количества употребления алкоголя, и других характеристик зависимости были противоречивы [15, 22].

Другие работы выявили взаимосвязь между превалирующей мотивацией и клиническими характеристиками употребления алкоголя (мотивация награды являлась предиктором частоты употребления и стабильности количества дней тяжелого пьянства, в то время как мотивация облегчения состояния являлась предиктором тяжести употребления и сниженного уровня психической адаптации и физического функционирования) [44], эффективности лечения некоторыми противоречивыми препаратами (медикаментозная терапия с использованием налтрексона была более эффективна для пациентов с доминирующей мотивацией награды) [32, 37, 43].

Однако, приведенные исследования имели ряд ограничений — относительно маленькие выборки, изучение параметров мотивации и клинико-нейропсихологических проводились исключительно в группе участников, не обращающихся за лечением (non-treatment seeking), а также не проводилось изучение связи превалирующей мотивации с оценкой предпочитаемых механизмов саморегуляции (копинг-стратегий, механизмов эмоциональной регуляции), несмотря на значимую взаимосвязь между этими конструктами.

Целью данного исследования является изучение различий в клинико-психологических характеристиках пациентов с разными видами доминирующей мотивации употребления алкоголя.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 76 пациентов (50 мужчин (65.79%), средний возраст 42.25 ± 9.36 лет ($M \pm SD$), средняя продолжительность заболевания $8.00 [4.00; 14.00]$ лет (Med [Q1;Q3]) с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2 согласно классификации МКБ-10).

Набор участников производился на базе отделения терапии стационарных больных с аддиктивными расстройствами в ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. В исследование включались все пациенты в возрасте от 18 до 60 лет, имеющие установленный диагноз «Синдром зависимости от алкоголя» (F10.25, F10.26) и проходящие стационарное лечение. В исследование не были включены пациенты с выраженными симптомами синдрома отмены алкоголя, когнитивными нарушениями и/или коморбидными психиатрическими диагнозами, соматическими расстройствами, которые затрудняли интеллектуальное функционирование и значимо влияли на выполнение предло-

женных заданий. Всем участникам было предложено пройти клиническое интервью и заполнить ряд опросников.

В исследовании были использованы следующие методики:

Клиническое интервью — разработано авторами исследования и направлено на сбор социально-демографических и биографических данных, а также информации о симптомах о злоупотреблении алкоголем и коморбидных психических и соматических расстройствах.

Шкала употребления алкоголя как вознаграждения, облегчения состояния и привычки (UCLA Reward, Relief, Habit Drinking Scale) [22] — шкала самоотчета, состоящая из 4 вопросов и направленная на выявление предпочитаемого мотива употребления алкоголя. В первом вопросе участнику предлагается выбрать доминирующий мотив употребления алкоголя; в оставшихся вопросах участнику предлагается выбрать на семиступенчатой шкале Ликерта (от «Никогда» до «Всегда») частоту употребления алкоголя в соответствии с тремя основными мотивами.

Пенсильванская шкала влечения к алкоголю [20] — шкала самоотчета, состоящая из 5 вопросов и направленная на оценку уровня влечения к алкоголю (т.е. наличия мыслей, желаний употребить и сложности воздержания). Предварительные данные о валидности русскоязычной версии данного опросника были получены в исследовании Е.М. Крупицкого с соавт. [4], где шкала показала высокую степень согласованности с клинической оценкой влечения, а также с Клинической шкалой оценки патологического влечения к алкоголю Б.Б. Альтшулера.

Шкала обсессивно-компульсивного употребления алкоголя [13] — шкала самоотчета, направленная на изучение когнитивного аспекта влечения к алкоголю. Включает 14 вопросов, на каждый из которых дается ответ по пятиступенчатой шкале Ликерта. Результаты представлены в форме баллов по двум субшкалам — обсессивное раздумывание об употреблении алкоголя и компульсивное употребление алкоголя, а также суммарного балла.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии [1,45] — самоотчетная скрининговая шкала, включающая 7 вопросов, предназначенных для оценки уровня тревоги, и 7 вопросов — для оценки уровня депрессии. Ответ на каждый вопрос оценивается по 4-бальной шкале от «Никогда» до «Всегда». От 8 до 10 набранных баллов по каждой из шкал свидетельствуют о наличии субклинических признаков тревоги/депрессии; 11 и более баллов свидетельствуют о клинически значимом уровне эмоциональных сложностей.

Шкала ангедонии Снайта-Гамильтона [10,40] — самооценочная шкала, направленная на оценку уровня ангедонии. Состоит из 14 вопросов, каждый из которых оценивается по 4-бальной шкале Ликерта от «Совершенно не согласен» до «Полностью согласен». Повышенные баллы соответствуют более высокому уровню ангедонии.

Опросник Карвера-Уайта [3,16,24] — самооценочный опросник, направленный на оценку выраженности двух мотивационных систем — поведенческого сдерживания (behavioral inhibition) и поведенческой активации (behavioral activation). Опросник включает 24 утверждения, каждое из которых оценивается по 4-балльной шкале Ликерта от «Для меня совершенно неверно» до «Для меня совершенно верно». Результаты представляются в форме суммы баллов по каждой из четырех субшкал — Система Торможения Поведения (СТП), Система активации поведения (САП)-Драйв, САП-Поиск развлечений, САП-чувствительность к награде. Апробация русскоязычной версии опросника проводилась в работах Г.Г. Князева и соавт. [3, 24], которые подтвердили его факторную структуру и валидность.

Опросник когнитивно-эмоциональной регуляции [6, 7, 21] — самоотчетный опросник, направленный на оценку когнитивных стратегий регуляции эмоционального состояния. Включает 36 вопросов, каждый из которых оценивается по 5-балльной шкале от «Никогда» до «Всегда». Результаты представлены в виде баллов по 9 шкалам — 5 относительно адаптивным стратегиям (принятие, перефокусировка на планировании, положительная перефокусировка, позитивная переоценка, помещение в перспективу) и 4 относительно дезадаптивным стратегиям (самообвинение, обвинение, катастрофизация, руминация). В процессе апробации русскоязычной версии опросника [6,7] были подтверждены его надежность и валидность.

Для статистической и математической обработки данных и расчетов использовалась программа JASP 0.15. Для описания параметрических данных с нормальным распределением использовались показатели среднего и стандартного отклонения ($M \pm SD$), для непараметрических данных и параметрических данных с распределением, отклоняющимся от нормального, — медиана и первый и третий квартили (Med [Q1; Q3]). Пропущенные данные нивелировались попарно (case-by-case). Для сравнения групп испытуемых использовался дисперсионный анализ (ANOVA) с последующим апостериорным анализом с коррекцией Турки (Turkey's test), если соблюдались условия применения анализа; в иных случаях использовался тест Крускалла-Уоллиса (для ординальных данных и для непрерывных данных в случаях, когда не соблюдались условия применения дисперсионного анализа) и тест Хи-квадрат (для анализа номинальных данных). Также были произведены сравнения между показателями Группы 1 и объединенной Группы 2 и Группы 3 с использованием теста Манн-Уитни. Для определения взаимосвязи между показателями уровня выраженности мотивации употребления алкоголя и другими клинико-психологическими показателями использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Уровень статистической значимости определялся как $p < 0.05$.

Результаты

Испытуемые были разделены на три группы в зависимости от выбранной ими доминирующей мотивации употребления алкоголя согласно «Шкале употребления алкоголя как вознаграждения, облегчения состояния и привычки». Участники Группы 1 отметили, что что алкоголь, в основном, употребляется для получения или усиления приятных ощущений («Вознаграждение» (Reward)), участники Группы 2 обозначили, что главный мотив употребления алкоголя — снижение негативных переживаний («Облегчения состояния» (Relief)), участники Группы 3 отметили заменить на подчеркнули «подчеркнули, что алкоголь употребляется как привычка, без ожидания какого-либо эффекта» («Привычка» (Habit)).

29 участников (37.66%) затруднились выбрать преобладающую мотивацию употребления, в связи с чем их данные не учитывались при сравнении выделенных групп (10 человек из этой группы (34.48%) не ответили на данный вопрос, 10 человек (34.48%) затруднились выбрать преобладающую мотивацию, 9 человек (31.03%) предоставили противоречивые ответы (выбрали одну преобладающую мотивацию, но максимальная выраженность на шкалах Ликерта была отмечена в другой мотивации)).

Основные демографические клинические характеристики участников групп представлены в Табл.1.

Результаты дисперсионного анализа указывают на значимые различия между группами в возрасте испытуемых ($F(2, 43) = 360.519$, $p = 0.015$, $w^2 = 0.138$); апостериорный анализ (post hoc) с использованием теста Турки указывает на то, что участники Группы 2 (Relief) были значимо моложе по сравнению с Группой 3 (Habit) ($p = 0.012$). Участники Группы 1 (Reward) не отличались по возрасту от Группы 2 (Relief) ($p = 0.390$) или Группы 3 (Habit) ($p = 0.238$). При этом статистически значимые различия между группами не были выявлены по другим социо-демографическим и клиническим показателям: возраст формирования синдрома отмены алкоголя ($p = 0.14$), длительность заболевания ($p = 0.35$), количество дней после последнего употребления ($p = 0.29$), возраст первого употребления алкоголя ($p = 0.76$), возраст первого обращения за помощью ($p = 0.14$), количество ремиссий ($p = 0.53$), средняя продолжительность ремиссий ($p = 0.08$), и средняя толерантность на момент обследования ($p = 0.55$). Также межгрупповые различия отсутствовали по показателям формы употребления, предпочитаемой крепости алкогольных напитков и динамике изменений употребления за последнее время.

Статистически значимые различия были выявлены между группами в использовании когнитивно-эмоциональной стратегии «Перефокусировка на планировании» ($H(2) = 7.701$, $p = 0.021$). Дальнейшее попарное сравнение указывает на то, что участники Группы 1 и Группы 2 значимо чаще сообщали об использовании дан-

Таблица 1. Демографические и клинические характеристики участников Table 1. Sociodemographic and clinical characteristics of participants			
	Группа 1 «Возна- граждение» (Reward) N=12	Группа 2 «Облегчения состояния» (Relief) N=28	Группа 3 «Привычка» (Habit) N=8
Пол:			
Мужчины	11 (91.67%)	17 (60.96%)	6 (85.71%)
Женщины	1 (8.33%)	10 (37.04%)	1 (14.29%)
Возраст, лет (M±SD)	43.73±7.90	39.61±8.13	50.71±12.31
Возраст формирования СОА, лет (M±SD)	33.90±9.79	31.43±8.07	39.00±11.06
Длительность заболевания, лет (M±SD)	10.00±6.09	8.18±6.18	11.71±5.74
Количество дней после последнего употребле- ния, дней (Med [Q1;Q3])	10.00 [7.50;13.00]	13.50 [7.75;16;75]	9.00 [8.00; 9.50]
Возраст первого употребления алкоголя, лет (M±SD)	15.40±2.07	14.93±2.97	15.71±2.50
Возраст первого обращения за помощью, лет (M±SD)	41.50±9.73	36.50±7.35	42.00±10.07
Количество ремиссий (Med [Q1;Q3])	1.00 [0.00; 2.00]	2.00 [0.00;3.00]	3.00 [2.50; 3.50]
Средняя продолжительность ремиссий, мес. (Med [Q1;Q3])	1 [0.00; 5.25]	2 [0.38; 4.88]	12 [4.50; 14.67]
Средняя толерантность на момент обследо- вания, мл этанола (M±SD)	268.00±121.18	294.64±167.63	225.71±105.49
Предпочитаемая форма употребления:			
Постоянная	6 (60%)	19 (67.86%)	5 (71.43%)
Периодическая	4 (40%)	6 (21.43%)	2 (28.57%)
Неопределенная	0	3 (10.71%)	0
Предпочитаемые алкогольные напитки:			
Крепкий алкоголь	9 (90%)	21 (75.00%)	6 (85.71%)
Вино	0	3 (10.71%)	0
Пиво	1 (10%)	4 (14.29%)	1 (14.29%)
Слабоалкогольные газированные напитки	0	0	0
Изменение средней толерантности:			
Снижается	0	1 (3.57%)	0
Растет	2 (20%)	7 (25.00%)	3 (42.86%)
Плато	8 (80%)	20 (71.43%)	4 (57.14%)

ной стратегии по сравнению с участниками Группы 3 ($p=0.007$ и $p=0.005$, соответственно). Также межгрупповое различие было выявлено в использовании стратегии «Позитивная переоценка» ($H(2)=9.310$, $p=0.010$); апостериорный анализ с использованием теста Данна (Dunn's test) указывает на то, что участники Группы 3 значимо реже сообщали об использовании данной стратегии по сравнению с участниками Группы 1 ($p=0.008$) и Группы 2 ($p=0.001$). Группа 1 получила значимо более высокие баллы только по шкале САП-Чувствительность к награде по сравнению с объединенной группой, состоящей из участников Группы 2 и Группы 3 ($U=264$, $p=0.034$).

Однако, статистические значимые различия между тремя группами не были выявлены по показателям уровня влечения к алкоголю, эмоциональных сложностей (симптомов депрессии, тревоги, и ангедонии), характеристик активации (драйв и поиск развлечений) и торможения пове-

дения, адаптивных (принятие, положительная перефокусировка, помещение в перспективу) и дезадаптивных (самообвинение, руминация, катастрофизация, обвинение других) стратегий эмоциональной регуляции, а также удовлетворенности собственным здоровьем.

Далее, был проведен корреляционный анализ взаимосвязи между выраженностью преобладающей мотивации к употреблению, представленной в форме показателей по шкалам Ликерта, и клинико-психологическими характеристиками испытуемых. Уровень мотивации употребления алкоголя как привычки был значимо взаимосвязан с выраженностью симптомов депрессии ($r=0.265$, $p=0.036$), тревоги ($r=0.313$, $p=0.014$) и с силой торможения поведения ($r=-0.389$, $p=0.002$). Уровень мотивации употребления алкоголя как облегчения состояния значимо позитивно коррелировал с выраженностью симптомов депрессии ($r=0.335$, $p=0.007$). Также прослеживалась значи-

Таблица 2. Показатели уровня влечения к алкоголю и эмоционального функционирования в группах испытуемых
Table 2. Characteristics of participants' level of craving and emotional functioning

	Группа 1 «Вознаграждение» (Reward) N=12	Группа 2 «Облегчения состояния» (Relief) N=28	Группа 3 «Привычка» (Habit) N=8	Группа 1 vs Группа 2 vs Группа 3	Группа 1 vs Группа 2 & 3
Пенсильванская шкала влечения к алкоголю (M±SD)	8.08±6.90	6.21±6.37	9.75±7.44	H(2)=1.574 p=0.455	U=238.00 p=0.606
Шкала обсессивно-компульсивного употребления алкоголя: Уровень обсессивности	5.30±4.88	5.67±4.41	5.75±4.20	H(2)=0.161 p=0.923	U=165.50 p=0.804
Уровень компульсивности	11.75±4.65	11.31±5.49	13.00±3.25	H(2)=1.316 p=0.518	U=111.50 p=0.441
Суммарный балл	17.43±10.11	16.92±8.11	18.75±6.74	H(2)=0.429 p=0.807	U=109.50 p=0.755
Самоотчетный уровень влечения к алкоголю	2.60±2.12	1.70±1.44	3.29±1.98	H(2)=4.228 p=0.121	U=184.50 p=0.688
Госпитальная шкала тревоги и депрессии: Уровень тревоги	5.00±2.94	7.07±3.80	7.25±5.01	H(2)=2.532 p=0.282	U=113.50 p=0.115
Уровень депрессии	3.40±2.68	5.04±3.94	6.63±4.63	H(2)=2.828 p=0.243	U=125.50 p=0.179
Шкала ангедонии Снейта-Гамильтона	13.50±0.97	13.32±1.25	11.63±4.03	H(2)=2.969 p=0.227	U=204.00 p=0.474
Опросник Карвера-Уайта: САП-Драйв	5.46±1.92	5.36±1.85	5.75±1.98	H(2)=0.107 p=0.948	U=197.50 p=1.000
САП-Поиск развлечений	4.80±1.14	3.93±1.30	4.38±1.51	H(2)=3.126 p=0.210	U=238.00 p=0.116
САП-Чувствительность к награде	4.82±1.08	4.15±1.95	4.25±1.39	H(2)=4.953 p=0.084	U=264.00 p=0.034
СТП	8.82±2.36	8.11±2.71	7.75±2.12	H(2)=0.886 p=0.642	U=228.00 p=0.364
Опросник когнитивно-эмоциональной регуляции: самообвинение	12.00±2.78	13.00±3.20	10.88±3.48	H(2)=1.834 p=0.400	U=143.00 p=0.682
принятие	13.30±2.31	13.81±3.42	12.25±3.88	H(2)=1.975 p=0.373	U=173.50 p=0.932
руминация	13.30±2.45	13.41±3.41	10.50±2.78	H(2)=5.366 p=0.068	U=198.50 p=0.527
положительная перефокусировка	11.30±3.30	11.46±4.23	10.75±3.69	H(2)=0.237 p=0.888	U=178.00 p=0.833
перефокусировка на планировании	16.44±0.88	15.82±3.43	12.00±3.46	H(2)=7.701 p=0.021	U=194.00 p=0.282
позитивная переоценка	15.30±2.58	15.41±3.49	10.75±3.37	H(2)=9.310 p=0.010	U=197.00 p=0.555
помещение в перспективу	14.50±3.24	14.04±3.09	12.25±2.66	H(2)=2.684 p=0.261	U=204.50 p=0.426
катастрофизация	9.80±2.57	10.41±3.70	9.25±2.92	H(2)=0.385 p=0.825	U=169.00 p=0.880
обвинение	10.50±2.51	9.96±3.83	8.13±1.64	H(2)=3.710 p=0.156	U=223.50 p=0.186
Самоотчетный уровень удовлетворенности собственным здоровьем	7.56±2.65	6.75±1.65	7.29±2.29	H(2)=3.090 p=0.213	U=212.50 p=0.106

Таблица 3. Взаимосвязь выраженности превалирующей мотивации к употреблению алкоголя и клинико-психологическими характеристиками испытуемых
Table 3. The relationship between the intensity of drinking motives and participants' clinical and psychological characteristics

		UCLA RRHDS02	UCLA RRHDS03	UCLA RRHDS04
UCLA RRHDS02	Spearman's rho	—		
	p-value	—		
UCLA RRHDS03	Spearman's rho	0.355**	—	
	p-value	0.003	—	
UCLA RRHDS04	Spearman's rho	0.401***	0.271*	—
	p-value	< .001	0.028	—
Количество дней после последнего употребления	Spearman's rho	-0.07	0.099	0.136
	p-value	0.583	0.438	0.288
Возраст	Spearman's rho	0.254*	-0.045	0.265*
	p-value	0.042	0.721	0.035
Возраст формирования COA	Spearman's rho	0.15	-0.204	0.13
	p-value	0.244	0.108	0.315
Длительность заболевания	Spearman's rho	0.14	0.117	0.185
	p-value	0.279	0.363	0.15
Возраст первого обращения за помощью	Spearman's rho	0.196	-0.078	0.183
	p-value	0.123	0.539	0.151
Количество ремиссий	Spearman's rho	-0.118	-0.244	0.047
	p-value	0.359	0.054	0.719
Средняя толерантность на момент обследования	Spearman's rho	0.036	0.12	-0.133
	p-value	0.786	0.354	0.306
Самоотчетный уровень удовлетворенности собственным здоровьем	Spearman's rho	0.044	0.005	-0.003
	p-value	0.734	0.971	0.979
Возраст первого употребления алкоголя	Spearman's rho	0.013	-0.174	-0.04
	p-value	0.922	0.177	0.76
Средняя продолжительность ремиссий	Spearman's rho	-0.015	-0.053	0.125
	p-value	0.912	0.682	0.338
Пенсильванская шкала влечения к алкоголю	Spearman's rho	0.177	-0.015	0.129
	p-value	0.154	0.904	0.303
Самоотчетный уровень влечения к алкоголю	Spearman's rho	0.219	0.031	0.033
	p-value	0.092	0.815	0.805
Шкала ангедонии Снайта-Гамильтона	Spearman's rho	0.011	-0.069	-0.129
	p-value	0.933	0.585	0.308
Шкала обсессивно-компульсивного употребления алкоголя:				
Уровень обсессивности	Spearman's rho	-0.059	-0.056	0.109
	p-value	0.65	0.666	0.398

Продолжение табл. 3

Уровень компульсивности	Spearman's rho	-0.041	0.179	-0.079
	p-value	0.757	0.171	0.554
Суммарный балл	Spearman's rho	-0.084	0.046	-0.032
Опросник Карвера-Уайта:	p-value	0.536	0.729	0.81
САП-Драйв	Spearman's rho	0.141	0.006	0.149
	p-value	0.271	0.963	0.243
САП-Поиск развлечений	Spearman's rho	0.246	-0.064	0.21
	p-value	0.054	0.619	0.101
САП-Чувствительность к награде	Spearman's rho	0.223	-0.178	0.044
	p-value	0.087	0.173	0.742
СТП	Spearman's rho	-0.245	-0.141	-0.389**
Опросник когнитивно-эмоциональной регуляции:	p-value	0.055	0.269	0.002
Самообвинение	Spearman's rho	-0.042	0.093	-0.053
	p-value	0.749	0.472	0.686
Принятие	Spearman's rho	0.034	0.1	-0.152
	p-value	0.798	0.442	0.245
Руминация	Spearman's rho	0.068	0.023	0.04
	p-value	0.595	0.858	0.756
Положительная перефокусировка	Spearman's rho	0.027	0.055	0.112
	p-value	0.835	0.674	0.394
Перефокусировка на планировании	Spearman's rho	0.099	-0.079	0.012
	p-value	0.442	0.54	0.925
Позитивная переоценка	Spearman's rho	0.034	0.149	-0.164
	p-value	0.796	0.244	0.201
Помещение в перспективу	Spearman's rho	-0.155	-0.046	-0.221
	p-value	0.224	0.721	0.084
Катастрофизация	Spearman's rho	-0.177	-0.043	-0.02
	p-value	0.165	0.736	0.875
Обвинение	Spearman's rho	-0.152	-0.084	-0.032
Госпитальная шкала тревоги и депрессии	p-value	0.235	0.51	0.803
Уровень тревоги	Spearman's rho	0.231	0.245	0.313*
	p-value	0.073	0.055	0.014
Уровень депрессии	Spearman's rho	0.211	0.335**	0.265*
	p-value	0.096	0.007	0.036

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

мая взаимосвязь между возрастом участников и уровнем мотивации употребления алкоголя как вознаграждения ($r=0.254$, $p=0.042$) и как привычки ($r=0.265$, $r=0.035$).

В исследование взаимосвязи мотивации употребления и клинико-психологических характеристик испытуемых не были включены 29 участников выборки (37.66%), которые либо не заполнили данный опросник, предоставили противоречивые ответы, либо затруднились выбрать преобладающую мотивацию. Предварительный анализ выявил, что данная группа участников значимо отличалась от остальных групп — они отмечали значимо более высокий уровень тревоги в сравнении участниками группы с преобладающей мотивацией вознаграждения ($p=0.006$), более высокий уровень депрессии в сравнении с группой мотивации употребления как вознаграждения ($p=0.005$) и облегчения состояния ($p=0.026$) и значимо ниже оценивали состояние своего здоровья по сравнению с группой участников с мотивацией употребления как вознаграждения ($p=0.003$). Помимо этого, участники с неопределенной мотивацией употребления алкоголя значимо реже прибегали к стратегии «Позитивная переоценка» по сравнению с группой мотивации употребления как вознаграждения ($p=0.008$) и группой мотивации употребления как облегчения состояния ($p<0.001$) и чаще — к стратегии «Перефокусировка на планировании» по сравнению с группой мотивации употребления как привычки ($p=0.046$).

Обсуждение

Данное исследование было направлено на изучение различий в клинико-психологических характеристиках пациентов с разными видами доминирующей мотивации употребления алкоголя. Исследование проводилось в группе пациентов, проходящих стационарное лечение синдрома алкогольной зависимости. Участники были разделены на три подгруппы в зависимости от преобладающей мотивации употребления алкоголя — группа участников с мотивацией употребления алкоголя как вознаграждения (Reward), употребления как облегчения состояния (Relief), и употребления как привычки (Habit). Участники группы употребления как привычки были значимо старше участников группы употребления как облегчения состояния. Группы не отличались по другим социодемографическим или клиническим показателям.

В результате данного исследования было выявлено, что группа с преобладающей мотивацией употребления как Привычки значимо меньше прибегала к когнитивно-эмоциональным стратегиям «Перефокусировка на планировании» и «Позитивная переоценка». Группы участников с мотивацией вознаграждения также сообщили о большей чувствительности к награде по сравнению с объединенной группой участников с преобладающими мотивациями облегчения состояния и привычки. Выраженность мотивации употребления как привычки положительно коррелировала

с тяжестью симптомов тревоги и депрессии и негативно — с силой торможения поведения. Выраженность мотивации употребления как облегчения состояния позитивно коррелировала с выраженностью симптомов депрессии.

Участники с неопределенной мотивации отметили более выраженные симптомы эмоциональных расстройств, более выраженный уровень дезадаптации и более редкое использование адаптивных форм эмоциональной регуляции. Полученные данные могут указывать на необходимость дальнейшего изучения сложностей оценки преобладающей мотивации употребления и, возможно, значимость использования более дифференцированных инструментов для определения мотивации к употреблению алкоголя — например, четырех факторную модель, созданную на основе Перечня ситуаций употребления [42,43]. Сложности с выбором могут также быть объяснены тем, что мотивация может значимо варьировать, как в различных ситуациях употребления, так и в процессе прогрессирования заболевания. В связи с этим, лонгитюдные исследования, методика выборки переживаний (experience sampling method) или методика ситуативной оценки (ecological momentary assessment) могли бы дать более точную оценку доминирующей мотивации употребления алкоголя и ее динамики.

В данном исследовании был частично реплицирован анализ, проведенный E.M. Burnette et al. [15] и E.N. Grodin et al. [22]. В отличие от предыдущих работ, в данном исследовании не была установлена взаимосвязь между преобладающей мотивацией употребления и характеристиками злоупотребления (например, средняя толерантность на момент исследования, форма употребления, уровень влечения к алкоголю и др.) или тяжести зависимости от алкоголя (средняя толерантность на момент употребления, возраст формирования алкогольной зависимости, время первого обращения за лечением и т.д.). Можно предположить, что разница была обусловлена составом участников исследований — в предыдущих исследованиях принимали участие испытуемые с тяжелой формой употребления алкоголя, но не проходящие лечение (non-treatment seeking heavy drinkers); в данном исследовании испытуемые были набраны из группы пациентов, проходящие стационарное лечение от алкогольной зависимости. Предыдущие исследования [35] указывают на то, что разница между испытуемыми, набранными из клинической популяции и испытуемыми, не проходящими лечение может быть значимой. Таким образом, можно предположить, что у участников данного исследования взаимосвязь преобладающей мотивации употребления и показателями употребления не была выявлена в связи с более выраженной формой злоупотребления алкоголя и прогрессированием алкогольной зависимости.

Также в отличие от предыдущих исследований [22, 25], участники группы с преобладающей мотивацией употребления как привычки значимо отличались от других групп, в том чис-

ле от группы с превалирующей мотивации употребления как облегчения состояния, по социодемографическим показателям и использованию стратегий эмоциональной регуляции — они были старше и реже использовали такие адаптивные стратегии, как «Перефокусировка на планировании» и «Позитивная переоценка» по сравнению с другими группами. Данные стратегии относятся к относительно адаптивным подходам в регуляции эмоционального состояния, позволяющим эффективно справляться с интенсивными эмоциональными состояниями, но при этом требующими задействования значительных ресурсов исполнительных функций, прежде всего внимания, торможения и рабочей памяти [34]. Помимо этого, выраженность мотивации употребления алкоголя как привычки был положительно взаимосвязан с выраженностью симптомов депрессии, тревоги, и негативно — с силой торможения поведения. Хотя полученные результаты требуют дальнейшего изучения, можно предположить, что группа с доминирующей мотивацией Привычки имеет более выраженные показатели эмоциональной дезадаптации, а также нарушенные показатели исполнительных функций, возможно, в силу возраста или прогрессирования заболевания, что препятствует использованию более эффективных стратегий совладания и саморегуляции.

При этом, данные исследования подтвердили взаимосвязь между показателями эмоционального функционирования и системы активации-торможения с превалирующей мотивацией употребления алкоголя. Выраженность мотивации употребления как привычки положительно коррелировала с уровнем тревоги и депрессии, выраженность мотивации употребления как облегчения состояния — с уровнем депрессии. Повышенные значения доминирующей мотивации употребления как привычки соответствовали более низким показателям силы торможения поведения. Группа участников с доминирующей мотивацией вознаграждения имела более высокие показатели чувствительности к награде по сравнению с другими участниками. Таким образом, участники данной группы не только подтвердили, что употребление алкоголя часто связано с ожиданием повышения настроения, повышением самооценки и т.д., но и их большей чувствительностью к награде, что может быть обусловлено нейрофизиологически [15].

Данное исследование имеет ряд ограничений. Во-первых, испытуемые были разделены на группы в зависимости от выбранной ими превалирующей мотивации употребления согласно Шкале мотивации употребления как Награды, Облегчения состояния, Привычки (RRHDS), что позволило проследить взаимосвязь между данным показателем и клинико-психологическими характеристиками участников. Однако, данная шкала не была адаптирована и валидизирована на русскоязычной выборке. В дальнейших исследованиях будет произведен более подробный анализ психометрических характеристик данного опросника и его согласованности с другими инструмен-

тами измерения мотивации употребления алкоголя. Во-вторых, небольшое количество испытуемых с учетом разделения их на три подгруппы мог привести к тому, что некоторые межгрупповые различия не достигли статистически достоверного уровня. В-третьих, используемый метод замещения пропущенных данных (нивелирование попарно (case-by-case)), также могло снижать значимость и мощность некоторых различий.

Дальнейшие направления исследований могут включать разработку более дифференцированных методов оценки доминирующей мотивации употребления, с учетом ее изменений в различных ситуациях и динамики изменений в процессе прогрессирования заболевания. В связи с тем, что результаты данного исследования указали на тесную взаимосвязь между показателями мотивации употребления и когнитивно-эмоциональной регуляцией, но не формы или тяжести употребления, представляется важным изучение взаимосвязи мотивации употребления алкоголя с другими показателями регуляции эмоционального состояния, как на психологическом, так и нейрофизиологическом уровне.

Заключение

В результате данного исследования была выявлена взаимосвязь между доминирующей мотивацией употребления алкоголя и выраженностью эмоциональных расстройств, предпочитаемыми стратегиями когнитивной регуляции эмоций, и характеристиками систем активации и торможения поведения. В отличие от предыдущих исследований, связь между превалирующей мотивацией и характеристиками злоупотребления алкоголя или тяжести зависимости не была обнаружена. Участники, которые затруднились с выбором мотивации употребления алкоголя, имели более низкий уровень эмоционального и физического функционирования, а также более редкое использование некоторых адаптивных форм эмоциональной регуляции. Участники с превалирующей мотивацией употребления алкоголя как привычки имели более высокие показатели эмоциональной дезадаптации, а также отметили более редкое использование некоторых стратегий эмоциональной регуляции, которые задействуют значительные ресурсы исполнительных функций; выраженность мотивации употребления как привычки также негативно коррелировала с силой системы торможения поведения. Участники с превалирующей мотивацией употребления алкоголя как вознаграждения отметили более высокую чувствительность к награде в системе активации поведения.

Данное исследование имеет ряд ограничений. Дальнейшие направления исследований могут включать разработку, а также адаптацию и валидизацию на русскоязычной выборке дифференцированных методов оценки мотивации употребления, а также более детальное изучение взаимосвязи употребления алкоголя и механизмов эмоциональной регуляции на психологическом и нейрофизиологическом уровнях.

Литература / References

1. Андрющенко А.В., Дробышев М.Д., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS в диагностике депрессии в общемедицинской практике. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2003;5:11-18.
Andryushchenko AV, Drobyshev MD, Dobrovolsky AV. Comparative evaluation of CES-D, BDI and HADS scales in the diagnosis of depression and in general medical practice. *Comparative study of the CES-D, BDI, and HADS scales in the assessment of depression in primary care. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2003;5:11-18 (in Russ.).
2. Завьялов В.Ю. Клинико-психологические аспекты формирования зависимости от алкоголя. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Томск, 1993.
Zavyalov V.Yu. Kliniko-psihologicheskie aspekty formirovaniya zavisimosti ot alkogolya. Avtoreferat dissertatsii na soiskanie uchenoj stepeni doktora meditsinskih nauk. Tomsk, 1993. (In Russ.).
3. Князев Г.Г. Экстраверсия, психотизм и чувствительность к награде: нейрофизиологические основы двух личностных конструктов. *Психология. Журнал высшей школы экономики*. 2007;4(1):47-78.
Knyazev GG. Extraversion, Psychoticism and Sensitivity to Reward: Neurophysiological Basis of Two Personality Constructs. *Psihologiya. Zhurnal vysshej shkoly ekonomiki*. 2007;4(1):47-78. (in Russ.).
4. Крупицкий Е.М., Руденко А.А., Цой М.В., Незнанова О.Н., Бураков А.М., Славина Т.Ю., Грищенко А.Я., Звартау Э.Э., Фланнери Б.А., Кребаум 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 AYa, 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.).
5. Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10). [mkb-10.com]. Mkb-10;1993 [процитировано 25 августа 2022] Доступно: <http://mkb-10.com/index.php?pid=4048>. Писарева О.Л., Грищенко А. Когнитивная регуляция эмоций. *Философия и социальные науки: Научный журнал*. 2011;2:64-69.
Pisareva OL, Gricenko A. Cognitive emotion regulation. *Filosofiya i sotsialnye nauki: Nauchnyj zhurnal*. 2011;2:64-69 (in Russ.).
6. Рассказова Е. И., Леонова А. Б., Плужников И. В. Разработка русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций. *Вестник Московского университета. Серия 14. Психология*. 2011;4:161-179.
Rasskazova EI, Leonova AB, Pluzhnikov IV. Development of the Russian version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psihologiya*. 2011;4:161-179. (in Russ.).
7. Трусова А.В., Березина А.А., Гвоздецкий А.Н., Климанова С.Г. Оценка мотивации потребления алкоголя: психометрические характеристики опросника В.Ю. Завьялова (МПА). *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2021;55(4):76-85.
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-4-76-85>.
Trusova AV, Berezina AA, Gvozdetski AN, Klimanova SG. Evaluation of alcohol consumption motivation: psychometric properties of the Alcohol Consumption Motivation Inventory by V.Yu. Zavyalov. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2021;55(4):76-85.
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-4-76-85>. (in Russ.).
8. Adams Z. W., Schacht J. P., Randall P., & Anton R. F. (2016). The Reasons for Heavy Drinking Questionnaire: Factor Structure and Validity in Alcohol-Dependent Adults Involved in Clinical Trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77(2), 354-361.
<https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.354>
9. Ameli R, Luckenbaugh DA, Gould NE, Holmes MK, Lally N, Ballard ED, Zarate CA Jr. SHAPS-C: the Snaith-Hamilton pleasure scale modified for clinician administration. *PeerJ*, 2014;2:e429.
<https://doi.org/10.7717/peerj.429>
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. 2013.
<https://doi-org.ezproxy.frederick.edu/10.1176/appi.books.9780890425596>
11. Annis HM, Graham JM, Davis CS. *Inventory of drinking situations*. Ontario, Canada: Addiction Research Foundation. 1982.
12. Anton RF, Moak DH, Latham PK. The obsessive compulsive drinking scale: A new method of assessing outcome in alcoholism treatment studies. *Archives of general psychiatry*. 1996;53(3):225-231.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830030047008>
13. Boness CL, Watts AL, Moeller KN, Sher KJ. The etiologic, theory-based, ontogenetic hierarchical framework of alcohol use disorder: A translational systematic review of reviews. *Psychological Bulletin*, 2021;147(10):1075-1123.
<https://doi.org/10.1037/bul0000333>
14. Burnette EM, Grodin EN, Schacht JP, Ray LA. Clinical and Neural Correlates of Reward and Relief Drinking. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2021;45(1):194-203.
<https://doi.org/10.1111/acer.14495>

15. Carver CS, White TL. Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. *Journal of personality and social psychology*. 1994;67(2):319. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.2.319>
16. Cooper ML. Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological assessment*. 1994;6(2):117.
17. Cooper ML, Frone MR, Russell M, Mudar P. Drinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use. *Journal of personality and social psychology*. 1995;69(5):990.
18. Cox WM, Klinger E. A motivational model of alcohol use. *Journal of abnormal psychology*. 1988;97(2):168.
19. Flannery BA, Poole SA, Gallop RJ, Volpicelli JR. Alcohol craving predicts drinking during treatment: an analysis of three assessment instruments. *Journal of Studies on Alcohol*. 2003;64(1):120-126.
20. Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 2007;23(3):141-149.
21. Grodin EN, Bujarski S, Venegas A, Baskerville WA, Nieto SJ, Jentsch JD, Ray LA. (2019). Reward, Relief and Habit Drinking: Initial Validation of a Brief Assessment Tool. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. 2019;54(6):574-583. <https://doi.org/10.1093/alcalc/azg075>
22. Keyser-Marcus LA, Ramey T, Bjork J, Adams A, Moeller FG. Development and feasibility study of an addiction-focused phenotyping assessment battery. *The American Journal on Addictions*. 2021;30(4):398-405.
23. Knyazev GG, Slobodskaya HR, Wilson GD. Comparison of the construct validity of the Gray-Wilson personality questionnaire and the BIS/BAS scales. *Personality and Individual Differences*. 2004;37(8):1565-1582. doi:10.1016/j.paid.2004.02.013
24. Koob GF. The dark side of emotion: the addiction perspective. *European journal of pharmacology*. 2015;753:73-87.
25. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(8):760-773.
26. Köpetz CE, Lejuez CW, Wiers RW, Kruglanski AW. Motivation and self-regulation in addiction: A call for convergence. *Perspectives on Psychological Science*. 2013;8(1):3-24.
27. Kotov R, Krueger RF, Watson D, Achenbach TM, Althoff RR, Bagby RM, Brown TA, Carpenter WT, Caspi A, Clark LA, Eaton NR, Forbes MK, Forbush KT, Goldberg D, Hasin D, Hyman SE, Ivanova MYu, Lynam DR, Markon K, Miller JD et al. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*. 2017;126(4):454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
28. Kuntsche E, Kuntsche S. Development and validation of the drinking motive questionnaire revised short form (DMQ-R SF). *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2009;38(6):899-908.
29. Kwako LE, Momenan R, Litten RZ, Koob GF, Goldman D. Addictions Neuroclinical Assessment: A Neuroscience-Based Framework for Addictive Disorders. *Biological psychiatry*. 2016;80(3):179-189. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.10.024>
30. Litten RZ, Ryan ML, Falk DE, Reilly M, Fertig JB, Koob GF. Heterogeneity of alcohol use disorder: understanding mechanisms to advance personalized treatment. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2015;39(4):579-584. <https://doi.org/10.1111/acer.12669>
31. Mann K, Roos CR, Hoffmann S, Nakovics H, Leménager T, Heinz A, Witkiewitz K. Precision medicine in alcohol dependence: a controlled trial testing pharmacotherapy response among reward and relief drinking phenotypes. *Neuropsychopharmacology*. 2018;43(4):891-899.
32. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of studies on alcohol*. 1997;58(1):7-29.
33. McRae K, Jacobs SE, Ray RD, John OP, Gross JJ. (2012). Individual differences in reappraisal ability: Links to reappraisal frequency, well-being, and cognitive control. *Journal of Research in Personality*. 2012;46(1):2-7.
34. Ray LA, Bujarski S, Yardley MM, Roche D, Hartwell EE. Differences between treatment-seeking and non-treatment-seeking participants in medication studies for alcoholism: do they matter?. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 2017;43(6):703-710. <https://doi.org/10.1080/00952990.2017.1312423>
35. Robinson TE, Berridge KC. The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2008;363(1507):3137-3146.
36. Roos CR, Bold KW, Witkiewitz K, Leeman RF, DeMartini KS, Fucito LM, O'Malley SS. Reward drinking and naltrexone treatment response among young adult heavy drinkers. *Addiction*. 2021;116(9):2360-2371.
37. Saunders JB, Degenhardt L, Reed GM, Poznyak V. Alcohol Use Disorders in ICD-11: Past, Present, and Future. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2019;43(8):1617-1631. <https://doi.org/10.1111/acer.14128>
38. Sher KJ. Moving the Alcohol Addiction RDoC forward. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2015;39(4):579-584. <http://doi.org/10.1111/acer.12669>
39. Snaith RP, Hamilton M, Morley S, Humayan A, Hargreaves D, Trigwell P. A scale for the assessment of hedonic tone the Snaith-Hamilton Pleasure Scale. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1995;167(1):99-103.

- <https://doi.org/10.1192/bjp.167.1.99>
40. Voon V, Grodin E, Mandali A, Morris L, Doñamayor N, Weidacker K, Momenan R. (2020). Addictions NeuroImaging Assessment (ANIA): Towards an integrative framework for alcohol use disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2020;113:492-506.
41. Votaw, V. R., Mann, K., Kranzler, H. R., Roos, C. R., Nakovics, H., & Witkiewitz, K. (2022). Examining a brief measure and observed cutoff scores to identify reward and relief drinking profiles: Psychometric properties and pharmacotherapy response. *Drug and Alcohol Dependence*, 232, 109257. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109257>
42. Witkiewitz K, Roos CR, Mann K, Kranzler HR. Advancing precision medicine for alcohol use disorder: replication and extension of reward drinking as a predictor of naltrexone response. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2019;43(11):2395-2405.
43. Witkiewitz K, Stein ER, Votaw VR, Hallgren KA, Gibson BC, Boness CL, Pearson MR, Maisto SA. (2022). Constructs derived from the addiction cycle predict alcohol use disorder treatment outcomes and recovery 3 years following treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*. [published online ahead of print, 2022 Aug 11]. Available: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fadb0000871>. <https://doi.org/10.1037/adb0000871>
44. Zigmond AS, Snaith RP. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*. 1983;67(6):361-370.

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. Email: svetlanagkl@gmail.com

Бережина 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 — к.п.н., доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета, старший научный сотрудник отделения терапии стационарных больных с аддиктивными расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева». Email: anna.v.trusova@gmail.com

Подoliaк Дарья Валерьевна — младший научный сотрудник отделения терапии стационарных больных с аддиктивными расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева». Email: d.podoliak21@gmail.com

Рыбакова Ксения Валерьевна — д.м.н., главный научный сотрудник отделения терапии стационарных больных с аддиктивными расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева». Email: ksenia@med122.com

Крупницкий Евгений Михайлович — д.м.н., заместитель директора по научной работе и руководитель отделения 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. Вальдмана ПСПбГМУ имени академика И.П. Павлова Министерства здравоохранения Российской Федерации. Email: kruenator@gmail.com

Поступила 19.09.2022

Received 19.09.2022

Принята в печать 26.09.2022

Accepted 26.09.2022

Дата публикации 12.12.2022

Date of publication 12.12.2022