

## ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЛКОГОЛЮ: АКТУАЛЬНОСТЬ, ПРИЧИНЫ, ЗНАЧИМОСТЬ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

*Патологическое влечение к алкоголю может лежат в основе употребления алкоголя при алкогольной зависимости. Этот аспект проблемы является дискуссионным вопросом среди специалистов в области наркологии. Нами проведено исследование по изучению актуальности, причин возникновения различных видов патологического влечения к алкоголю, сравнительная характеристика в зависимости от стажа употребления алкоголя и возраста. Обследовано 843 субъекта мужского пола. Из них 398 человек в возрасте с 14 до 25 лет и 231 человек старше 25 лет с алкогольной зависимостью, 214 субъектов группы контроля без алкогольных проблем. Установлено, что наиболее актуальными являются навязчивое и компульсивное патологическое влечение к алкоголю с тенденцией к преобладанию компульсивного влечения с возрастом и стажем зависимости. Определены факторы способствующие формированию различных видов влечения к алкоголю. Результаты исследования можно использовать для проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.*

**Ключевые слова:** *алкогольная зависимость, патологическое влечение, мотивация, факторы.*

A. V. Kopytov

## PATHOLOGICAL ATTRACTION TO ALCOHOL: RELEVANCE, CAUSES, SIGNIFICANCE

*Pathological attraction to alcohol can underlie the use of alcohol in alcohol dependence. This aspect of the problem is a controversial issue among experts in the field of narcology. We conducted a study to study the relevance, the causes of the emergence of various types of pathological craving for alcohol, a comparative characteristic, depending on the length of use of alcohol and age. 843 subjects of a male were examined. Of these, 398 people aged 14 to 25 years and 231 people over the age of 25 with alcohol dependence, 214 subjects of the control group without alcohol problems. It is established that the most urgent are obsessive and compulsive pathological attraction to alcohol with a tendency to predominance of compulsive attraction with age and experience of dependence. The factors contributing to the formation of different types of craving for alcohol are determined. The results of the study can be used for preventive, curative and rehabilitation activities.*

**Key words:** alcohol dependence, pathological attraction, motivation, factors.

Предполагается, что патологическое влечение к алкоголю (ПВА) лежит в основе употребления алкоголя при алкогольной зависимости (АЗ). Определенные условия или специфические стимулы (например, вид бара, магазина, алкогольной продукции и др.) вызывают ПВА. ПВА, в свою очередь, может актуализировать навязчивые паттерны употребления алкоголя. Эта модель предполагает, что ПВА работает как переменная-посредник у лиц с АЗ, которая: 1) ответственна за поддержание употребления алкоголя; 2) обеспечивает пусковой механизм рецидива при состоянии ремиссии.

ПВА – мотивационное ядро АЗ, которое подтверждено научно и практически при диагностике АЗ.

В представлениях о центральной роли, которую играет ПВА при аддитивных процессах, есть несколько актуальных моментов, которые являются значимыми при проведении лечения. Условием для обоснования и разработки лекарственных средств при лечении АЗ, необходимо, чтобы они соответствовали трем требованиям: уменьшали ПВА, мотивацию, снижали употребление [13].

Теория ПВА должна объяснять две очевидных особенности. Во-первых, эпизоды ПВА должны зависеть от специфических ситуаций. Ситуации или стимулы, которые алкоголики связывают с предыдущим употреблением алкоголя, должны являться мощными пусковыми механизмами ПВА [6]. Во-вторых, эпизоды активизации ПВА могут происходить через месяцы и даже спустя годы после прекращения употребления ПАВ [7]. Теории ПВА обычно обращаются к специфическим ситуациям и постоянству ПВА, опираясь на понятия о классических условных рефлексах [6]. В этих теориях ситуации или стимулы, ассоциированные с употреблением ПАВ, преобразуются в условные стимулы, мотивирующие к употреблению ПАВ.

Есть два типа моделей ПАВ: подчеркивающие приоритетную роль синдрома отмены ПАВ и те, которые подчеркивают подкрепляющие свойства ПАВ. Модель синдрома отмены выдвигают гипотезу, что, стимулы, обусловленные последствиями употребления ПАВ, связаны с эффектами синдрома отмены.

Эффекты в виде вегетативных проявлений синдрома отмены ПАВ, активизируют влечение к ПАВ. У зависимого от алкоголя вид ситуации, ассоциированной с употреблением алкоголя, может служить определенным стимулом, который активизирует компоненты синдрома отмены алкоголя. Как следствие, зависимый испытывает симптомы вегетативной гиперактивности (потливость, тахикардию и др.). Эти эффекты синдрома отмены вызывают ПВА, которое, в свою очередь, заставит его искать алкоголь. Позитивно-подкрепляющие модели выдвигают гипотезу, что связанные с ПАВ стимулы становятся специфическими стимулами, когда активизируют мотивационный статус центрального генеза [12]. Это статус, который осознается как ПВА, сигнализирует о влечении, поведении употребления ПАВ и вегетативных реакциях, схожих с прямым действием ПАВ. Согласно этой модели, стимулы, связанные с алкоголем, являются побудительными стимулами, которые активизируют ПВА и соответствующее поведение. Результат влияния этого каскада факторов – рецидив. Главное различие между этими типами моделей в том, что вегетативные реакции, вызываемые специфическими стимулами, похожи на прямые, активизирующие эффекты ПАВ, но не похожи на симптомы синдрома отмены. В случае АЗ это не очень существенное различие, поскольку вегетативный профиль алкогольного опьянения и синдрома отмены алкоголя могут быть схожими [8].

В соответствии с моделью синдрома отмены, его физиологию, необходимую для формирования ПВА, не следует рассматривать, как критерии первичного ПАВ и употребления ПАВ. Основатели модели стимулов предполагают, что при сообщении о первичном ПАВ, вегетативные реакции могут иметь незначительный уровень, поскольку сами стимулы могут влиять на активизацию мотивационного статуса при зависимости от ПАВ. Кроме того, эти модели принимают стандартное предположение, что самосоощение о ПАВ непосредственно отражает активацию субъективного ПАВ и, что ПВА актуально во всех случаях употребления ПАВ у зависимого.

ПВА и употребление ПАВ сильно взаимосвязаны, поэтому эта связь очевидна в основанных экспериментальных исследованиях ПАВ, так же как и в исследованиях по изучению факторов рецидива.

Когнитивная модель лечения злоупотребления ПАВ и ПАВ [10] предлагает, что регулирование употребления ПАВ у опытных зависимых может функционировать независимо от процессов контроля ПАВ. Согласно этой модели, зависимость от ПАВ определяется тем, что когнитивные психологи назвали бы осознанными процессами, но ПАВ может быть результатом бессознательных процессов. Эти бессознательные процессы активизируются в зависимости от обстоятельств, либо помогают, либо затрудняют выполнение бессознательных действий при употреблении ПАВ. Поэтому, согласно этой модели ПАВ не является подающей сознательному или бессознательному контролю при употреблении ПАВ у зависимых. Вместо этого, ПАВ может являться маркером когнитивных процессов, которые, в небольшом количестве ситуаций могут смягчить поиск ПАВ и его употребление.

Бессознательные действия характеризуются тем, что они: с опытом становятся более быстрыми и стереотипными; связаны со стимулами, инициирующими запуск цепочки бессознательных реакций; при наличии соответствующих стимулов затрудняется торможение бессознательных действий; являются легкими, несложными и требуют относительно небольших усилий; не мешают другим бессознательным актам и не нарушают когнитивных процессов, которые требуют усилий и внимания; обусловлены неосознанной когнитивной регуляцией.

В отличие от неосознаваемого функционирования, осознаваемые процессы могут быть охарактеризованы как медленные, идеаторные, зависящие от намерений, когнитивно обусловленные и ограниченные когнитивными ресурсами. Они соответствуют трем условиям: приобретение любого навыка требует осознанной деятельности; иногда даже слишком бессознательные закономерности сталкиваются с неожиданными препятствиями, которые невозможно преодолеть без активизации сознательных форм деятельности; для большинства сознательных процессов требуется активизация осознанных или блокирование активных бессознательных действий [9].

Когнитивная модель представляет ПАВ, как явно отличающуюся от традиционного взгляда на его форму и функцию. Будущие исследования по употреблению алкоголя и лечению могут рассматривать некоторые из следующих проблем, предложенных этой моделью. Основным предположением этой когнитивной модели является то, что употребление алкоголя может происходить независимо от процессов, которые контролируют субъективное ПАВ. Если ПАВ у алкоголика не является необходимой потребностью

употреблять алкоголь, тогда ПАВ не может рассматриваться в качестве критерия АЗ или общей алкогольной мотивации.

**Цель исследования:** определить особенности патологического влечения к алкоголю у лиц, страдающих АЗ, для обоснования перспектив улучшения профилактических и лечебных мероприятий.

**Задачи исследования:** изучить особенности патологического влечения к алкоголю у лиц, страдающих АЗ; изучить особенности патологического влечения к алкоголю у лиц с АЗ в различных возрастных группах; изучить связь патологического влечения к алкоголю у лиц с АЗ в зависимости от основных социально-демографических характеристик; произвести сравнительный анализ полученных данных; на основе полученных результатов произвести теоретическое обоснование возможных профилактических мероприятий АЗ.

Дизайн исследования. Проведено одномоментное поперечное исследование методом «случай-контроль».

**Материалы и методы.** В исследовании приняло участие 843 субъекта мужского пола. В соответствии с дизайном и целями исследования общая выборка состояла из 3 основных групп. Первая группа являлась основной (ОГ) и состояла из 398 человек. Критерии включения в группу: лица мужского пола подросткового и молодого возраста с 14 до 25 лет с алкогольной зависимостью, находящихся на учете и/или проходивших лечение у врачей-наркологов различных регионов Республики Беларусь. Вторая группа из 214 человека без алкогольных проблем являлась контрольной (КГ) и была сопоставима с основной по возрасту и основным социально-демографическим характеристикам. С учетом исследовательских принципов доказательной медицины выделена группа сравнения (ГС), куда вошли 231 субъектов с АЗ, возраст которых и стаж зависимости были больше, чем у лиц ОГ ( $p < 0,05$ ).

Обследование проводилось не ранее, чем через 10 дней после последнего употребления алкоголя, при отсутствии клинических признаков состояния отмены. От всех пациентов получено добровольное согласие на участие в исследовании.

Диагностика АЗ производилась в соответствии с критериями МКБ-10, скрининг-теста AUDIT для выявления нарушений, связанных с употреблением алкоголя [2]. Основные сведения об алкогольной зависимости были собраны посредством Белорусского индекса тяжести аддикции для клинического применения и обучения («Б-ИТА», версия 2.3-3.01.2001).

В исследовании использовался опросник В. Ю. Завьялова – «Мотивы потребления алкоголя» (МПА) [1]. По результатам опросника определяли следующие МПА: традиционные (Тр); субмиссивные (Сб); псевдокультурные (Пс); гедонистические (Гд); атарактические (Ат); мотивы гиперактивации (Га); абстинентные

(Аб); аддиктивные (Ад); самоповреждение (Сп). На более высокая оценка по шкале свидетельствует о доминировании того или иного вида мотивов потребления алкоголя. Статистически произвели расчет доминирующего мотива для каждого участника исследования.

Из исследования исключались пациенты с острыми и хроническими соматическими заболеваниями, выраженной депрессивной симптоматикой на момент исследования, выраженными когнитивными нарушениями, острыми и хроническими психическими заболеваниями.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы SPSS 17.0 [3]. С учетом нормального распределения выборки применялись параметрические методы статистики. Статистическая значимость различий при  $p < 0,05$ .

Таблица 2. Доля дисперсии лиц с различными видами патологического влечения в ОГ и ГС

Виды патологического влечения	Исследуемые группы		p
	ОГ (n = 398)	ГС (n = 231)	
Навязчивое	33,6 %	38,1 %	> 0,05
Компульсивное	29,0 %	45,3 %	< 0,05
Постоянное	5,3 %	4,9 %	> 0,05

Анализируя таблицу 2 следует отметить, что среди лиц, страдающих алкогольной зависимостью, в молодом возрасте, по сравнению со взрослыми, меньше удельный вес субъектов с компульсивным патологическим влечением к алкоголю ( $\chi^2 = 35,7$ ; d.f. = 3;  $p < 0,001$ ). Данные могут свидетельствовать о том, что со временем заболевания увеличивается количество лиц с компульсивным патологическим влечением к алкоголю.

При анализе взаимосвязи различных социально-демографических и клинических факторов с патоло-

Таблица 1. Общая характеристика выборки

Характеристики		Исследовательские группы			p
		ОГ (n = 398)	КГ (n = 214)	ГС (n = 231)	
Возраст (лет)		21,1±0,3	21,6±0,24	36,9±0,82	$P_{1,2-3} < 0,05$ $P_{1-2} > 0,05$
Образование	Среднее (%)	58,8	47,7	36,8	$P_{1-3} < 0,05$
	Ср./специал. (%)	39,2	33,2	55,4	$P_{1-3} < 0,05$
	Высшее (%)	2,0	19,1	7,8	$P_{2-1-3} < 0,05$
Скорость формирования АЗ (лет)		2,66±0,14	-	8,8±0,58	$P < 0,05$
Возраст начала употребления алкоголя (лет)		15,07±0,18	16,01±0,57	16,91±0,25	$P_{1-3} < 0,05$
Стаж АЗ (лет)		3,86±0,24	-	11,2±0,72	$P < 0,05$
Отягощенная наследственность по АЗ (%)		70,3	34,3	58,3	$P_{1,3-2} < 0,05$
Место жительства город/село (%)		65,8	71,0	43,0	$P_{1,2-3} < 0,05$
		34,2	29,0	57,0	
AUDIT (баллы)		24,9±0,5	4,0±0,36	30,3±0,5	$P_{1,3-2} < 0,05$

### Результаты и обсуждение

В результате статистической обработки данных установлено, что среди общей когорты лиц, страдающих АЗ, у 24,7 % отсутствовало первичное патологическое влечение к алкоголю. У остальных субъектов исследуемых групп имело место первичное патологическое влечение к алкоголю. В ОГ первичное патологическое влечение к алкоголю отсутствовало у 32,1 % субъектов, в ГС у 11,7 %. Среди видов патологического влечения к алкоголю выделяли навязчивое, компульсивное, постоянное. Результаты статистической обработки данных на предмет определения количества лиц с различными видами патологического влечения среди общей когорты лиц, страдающих АЗ и участвующих в исследовании, были следующими: с навязчивым – 35,2 %; с компульсивным – 34,9 %; с постоянным – 5,2 %. Распределение субъектов с различными видами первичного патологического влечения к алкоголю в ОГ и ГС представлены в таблице 2.

гическим влечением к алкоголю у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, установлены некоторые специфические закономерности. Эти закономерности могут свидетельствовать об условиях формирования различных видов патологического влечения к алкоголю у данной категории лиц, а также определять общие клинические тенденции патологического влечения в аспекте динамики заболевания.

Постоянное патологическое влечение к алкоголю имеется у 22,2 % лиц с наличием заболеваний печени (гепатиты, гепатозы) и лишь у 5,9 % с отсутствием данной патологии ( $\chi^2 = 10,2$ ; d.f. = 2;  $p = 0,004$ ). Существенных закономерностей взаимосвязи наличия заболеваний печени с компульсивным и навязчивым патологическим влечением не установлено. Установлена связь постоянного патологического влечения к алкоголю у субъектов с АЗ, которые не имели в детстве достаточного внимания со стороны родителей ( $\chi^2 = 22,6$ ; d.f. = 6;  $p = 0,001$ ).



Установлена связь компульсивного патологического влечения к алкоголю у субъектов с АЗ со склонностью к тревожным реакциям в детском и подростковом возрасте ( $\chi^2 = 5,6$ ; d.f. = 2;  $p = 0,49$ ) и которые находились в дружеских и доверительных отношениях с родителями в детстве ( $\chi^2 = 22,6$ ; d.f. = 6;  $p = 0,001$ ).

Навязчивое патологическое влечение к алкоголю присуще лицам, которые имели в детстве задержки в развитии или другие отклонения в психическом состоянии преимущественно невротического регистра ( $\chi^2 = 8,8$ ; d.f. = 4;  $p = 0,46$ ). Для лиц с АЗ с последующим формированием навязчивого патологического влечения к алкоголю характерно воспитание в условиях сверхконтроля со стороны родителей в детстве ( $\chi^2 = 22,6$ ; d.f. = 6;  $p = 0,001$ ). Среди соматических нарушений у субъектов с навязчивым патологическим влечением к алкоголю типичным являлось наличие язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка ( $\chi^2 = 33,3$ ; d.f. = 20;  $p = 0,03$ ). Лица с навязчивым патологическим влечением к алкоголю отличались от субъектов с преобладанием других видов патологического влечения повышенной эмоциональной лабильностью ( $\chi^2 = 8,5$ ; d.f. = 2;  $p = 0,014$ ), склонностью к асоциальному поведению ( $\chi^2 = 8,8$ ; d.f. = 2;  $p = 0,012$ ) и дефицитом внимания в детском возрасте ( $\chi^2 = 7,3$ ; d.f. = 2;  $p = 0,026$ ).

Субъекты с постоянным и компульсивным патологическим влечением к алкоголю воспитывались в основном в алкогольных и деструктивных семьях, с навязчивым – в распавшихся ( $\chi^2 = 15,2$ ; d.f. = 6;  $p = 0,02$ ). Для этих же субъектов характерно наличие соматических заболеваний в виде артериальной гипертензии ( $\chi^2 = 33,3$ ; d.f. = 20;  $p = 0,03$ ).

Для лиц с АЗ постоянное и навязчивое патологическое влечение к алкоголю взаимосвязано с наличием в анамнезе гипервозбудимости ( $\chi^2 = 20,5$ ; d.f. = 2;  $p < 0,001$ ) и высокой моторной активности ( $\chi^2 = 14,2$ ; d.f. = 2;  $p = 0,001$ ) в детстве.

При наличии постоянного патологического влечения к алкоголю наиболее типичными мотивами употребления алкоголя являлись абстинентные и аддиктивные, при компульсивном – мотивы гиперактивации, а среди лиц с навязчивым патологическим влечением гедонистические мотивы ( $\chi^2 = 25,6$ ; d.f. = 16;  $p = 0,05$ ).

Произвели сравнение среднегрупповых величин различных мотивов употребления алкоголя у субъектов ОГ с навязчивым, компульсивным и постоянным патологическим влечением к алкоголю. Установлены статистически значимые различия показателей, среди всех 9 мотивов из опросника «Мотивы потребления алкоголя», только по абстинентным и аддиктивным мотивам употребления алкоголя. Более высокие значения по данным видам мотивов были у субъектов с наличием постоянного влечения к алкоголю по сравнению с лицами, имеющими навязчивое

компульсивное патологическое влечение. Соответственно, данные у субъектов с постоянным, навязчивым и компульсивным патологическим влечением по абстинентным мотивам следующие:  $13,7 \pm 0,6$ ;  $14,3 \pm 0,6$ ;  $17,3 \pm 1,2$  баллов ( $F = 7,8$ ;  $p < 0,001$ ) и аддиктивным мотивам  $12,3 \pm 0,6$ ;  $13,1 \pm 0,6$ ;  $15,5 \pm 1,5$  баллов ( $F = 6,9$ ;  $p = 0,001$ ).

При алкогольной зависимости патологическое влечение отсутствует у 32,1 % лиц молодого возраста и у 11,7 % взрослых. Данные могут свидетельствовать о том, что с возрастом и увеличением стажа заболевания более актуальным становится патологическое влечение к алкоголю. Происходит увеличение количества лиц с навязчивым и компульсивным ПВА, а количество лиц с постоянным ПВА остается практически неизменным. Навязчивое и компульсивное ПВА можно отнести к малоосознаваемым видам патологического влечения, так как они обычно возникают внезапно, без существенных видимых причин, помимо воли пациентов и достаточного осознания. Если при навязчивом патологическом влечении пациенты пытаются сопротивляться внезапно возникающим мыслям о желании выпить, то при компульсивном патологическом влечении действия по употреблению алкоголя происходят спонтанно, без четкого осознания происходящего и последствий. Осознание обычно наступает на пике алкогольного экстаза, при появлении соматических или социальных последствий. В этот период начинают активизироваться когнитивные процессы, направленные на обеспечение выхода из алкогольного экстаза. В соответствии с полученными результатами компульсивное патологическое влечение, вероятно, формируется в связи с наступающим когнитивным снижением у лиц более длительно употребляющих алкоголь. По мере нарастания когнитивного дефицита снижается критика к имеющемуся заболеванию и патологическое влечение становится более неосознанным.

В большинстве опубликованных ранее статей не очень благосклонны к предположению, что ПВА непосредственно ответственно за большинство случаев употребления алкоголя при АЗ. Ученые по исследованию аддикции ответили на эти вызовы в отношении ортодоксального ПВА тремя отличительными особенностями. Во-первых, некоторые исследователи обесценили уместность этих разночтываемых данных. Так, например, можно было утверждать, что самосообщения о ПВА имеют тенденцию быть неспецифичными или нечувствительными к подлинному статусу ПВА у зависимого. Такие сырые данные, возможно, не отражают истинных ассоциаций между ПВА и употреблением ПВА [5]. Следующим аргументом было то, что типовые выборки, используемые в этих исследованиях, являлись слишком маленькими, чтобы показать самые значимые корреляции. Некоторые исследователи предположили, что ПВА работает на неосознанном уровне [4]. Если употребление алкоголя

зависит от неосознанного ПАВ, то нет никакой причины предполагать, что самосообщения о ПАВ, на которое ориентировано осознанное лечение, должны быть сильно связаны с уровнями употребления или индивидуальной реактивностью.

Во-вторых, предложено, что понятие ПАВ должно быть исключено из критериев аддикции. ПАВ время по определению является, в лучшем случае, эпифеноменом и исследования по изучению ПАВ не способствует продвижению понимания при лечении зависимостей.

Наконец, было предложено, что, хотя ПАВ, возможно не актуально, как необходимая причина формирования зависимости от ПАВ, оно может активизировать когнитивные процессы, важные для всестороннего понимания зависимости. Например, когнитивная модель зависимости и ПАВ [10] предполагает, что контроль употребления ПАВ у опытных аддиктов может функционировать независимо от процессов контроля ПАВ.

Когнитивная модель предполагает, что за долгую историю употребления алкоголя многие повторяющиеся действия по приобретению и потреблению алкоголя становятся бессознательными для алкоголиков. То есть, как и любой другой навык, в ходе повторяющихся действий, употребление алкоголя алкоголиком можно рассматривать как связанные со стимулом, стереотипные, легкомысленные действия, трудно контролируемые и в значительной степени бессознательные. Многие из действий зависимого как при регулярном употреблении ПАВ, так и во время рецидива, могут рассматриваться не как следствие ПАВ, а как один из видов поведения, проявляющийся неосознанным навыком [11]. Прекрасный пример бессознательного употребления алкоголя был описан, на примере компульсивного ПАВ: «Иные, по сути, поступают инстинктивно, когда происходит короткое замыкание в представлениях и мыслях, и они склонны действовать, не зная, почему. Когда алкоголь становится легкодоступным, они пьют, пока не наступит осознание последствий» [6].

Квалифицированная сложная деятельность, вероятно, контролируется комплексом осознанных процессов [10]. Однако в той степени, в которой компоненты этих закономерностей постоянно повторяются в соответствии с регулярным нахождением в условиях обучения новому опыту, они становятся все более бессознательными и интегрированными в высокоуровневые структуры. При повторении уже сформированных поведенческих актов, даже устойчивые элементы поведения, которые присутствовали изначально, зачастую регулируются бессознательными процессами.

Полученные нами результаты несколько созвучны с представленными в предыдущем абзаце сведениями. В нашем исследовании, доминирующими ПАВ являются компульсивное и навязчивое, что подтверж-

дает неосознанность поведенческих и когнитивных процессов в ситуациях употребления алкоголя.

Когнитивная модель предполагает, что ПАВ представляет собой активизацию осознаваемых процессов, которые активизируются параллельно с бессознательными процессами при употреблении ПАВ. Они активизируются либо при попытках преодолеть препятствия для завершения неосознанного употребления ПАВ, либо при попытке предотвратить выполнение мобилизованных бессознательных действий. Подобные ситуации порождают ПАВ у алкоголиков, не пытающихся прекратить употребление или пытающихся воздержаться от употребления.

По результатам проведенного исследования наименее типичным для лиц с АЗ является постоянное патологическое влечение. Данный вид патологического влечения, по сравнению в навязчивым и компульсивным, можно отнести к осознаваемым видам патологического влечения. Осознаваемые когнитивные процессы при ПАВ должны проявляться в следующих областях. Во-первых, явное поведение сопровождается мыслями по преодолению препятствий возникающих на пути к употреблению. Во-вторых, сообщения о ПАВ должны включать желание и намерения употребить алкоголь. Алкоголик также, может сообщить о разочаровании и гневе когда ему мешают выпить. В-третьих, алкоголик будет проявлять симптомы бессознательной активности, когда будут иметь место либо физические, либо когнитивные проявления ПАВ в определенной ситуации. Следовательно, когнитивные процессы в таких ситуациях будут связаны с некоторой степенью бессознательной активности.

Эти виды переменных (мысли, самосообщения и сознательные ответы) представляют собой категории реакций, традиционно отождествляемых с активизацией ПАВ. Однако эта модель предполагает, что ПАВ может быть простимулировано четвертой категорией переменных, которая обычно не связана с оценкой ПАВ, а именно, уровни когнитивных потребностей в обеспечении ПАВ. Когнитивная модель утверждает, что ПАВ представляет собой операцию с ограничением сознательных когнитивных процессов.

Исследования бессознательных ответов, возникающих при изучении ПАВ, почти всегда представляются в качестве модели классических условных рефлексов. Согласно когнитивной модели, многие из физиологических изменений, которые сопровождают патологическое влечение, представляют собой поведенческие или когнитивные реакции на требования ситуации и вторично, классически обусловлены состоянием отмены ПАВ. Возможно, что вегетативные проявления при ПАВ не ограничиваются классически обусловленными ответами, что побуждает исследователей к оценке физиологических реакций для более широкой перспективы, в рамках дисциплины, называемой когнитивной психофизиологией [12].

Возможность того, что ПАВ и употребление, в лучшем случае слабо связаны, они имеют серьезные перспективы для разработки фармакотерапии АЗ. Например, не стоит ожидать, что препараты, направленные на снижение ПАВ, должны эффективно снизить его потребление. Точно так же не стоит предполагать, что эффективные лекарственные средства в отношении употребления, должны обязательно уменьшать ПАВ или, даже если они это делают, то их эффективность зависит от их влияния на ПАВ.

Подходы к лечению, предложенные когнитивной моделью, фокусируются не на смягчении ПАВ, а скорее на увеличении шансов, что алкоголик сможет успешно избежать или противодействовать неосознанному привычкам употребления ПАВ. В соответствии с этой моделью эффективные методы лечения должны: а) быть направлены на стимулы, которые управляют бессознательными программами употребления ПАВ или б) улучшать ресурсы, необходимые для предупреждения активных неосознанных действий. Любые методы лечения по активизации стимулов, которые устраняют или снижают сигналы, вызывающие бессознательные процессы по употреблению ПАВ, должны уменьшать вероятность употребления алкоголя. Например, в той степени, в которой симптомы отмены алкоголя активизируют осознанное поведение, связанное с алкоголизмом, лечение, купирующее синдром отмены, должно предотвращать рецидив у алкоголика.

Хотя лечение по снижению употребления алкоголя может быть направлено на стимулы, вызывающие воспоминания, невозможно, чтобы алкоголик-абстинент был защищен от всех стимулов, которые могут спровоцировать неосознанное поведение у зависимых. Даже при самых благоприятных обстоятельствах поддержание ремиссии перед действием таких стимулов требует значительных когнитивных усилий. Сознательные процессы ограничены, и все, что истощает ресурсы этих процессов, уменьшит шансы алкоголика успешно противостоять неосознанному употреблению ПАВ. Во-первых, вряд ли алкоголик с когнитивными проблемами преодолевая тяжелый стресс или хронические негативные аффекты, будет иметь ресурсы для успешного преодоления неосознанного поведения, связанного с употреблением ПАВ. Любое вмешательство, которое необходимо для активизации дополнительных по ресурсов, должно способствовать ремиссии. Точно так же любое лечение, которое улучшает когнитивные способности, должно способствовать воздержанию. То есть, препараты со свойствами, улучшающими когнитивные функции, могут стать полезным дополнением к комплексной программе лечения АЗ [12].

**Выводы.** Улиц, страдающих алкогольной зависимостью:

1. патологическое влечение к алкоголю отсутствует у 32,1 % лиц молодого возраста и у 11,7 % взрослых;

2. наиболее актуальными являются навязчивое и компульсивное патологическое влечение к алкоголю;

3. с возрастом и стажем зависимости имеется тенденция к преобладанию компульсивного патологического влечения к алкоголю;

4. навязчивое патологическое влечение к алкоголю формируется преимущественно у субъектов с эмоциональными, невротическими нарушениями, гиперактивностью и дефицитом внимания в подростковом возрасте, воспитывавшихся в условиях гиперконтроля или в неполных семьях, во взрослом состоянии на фоне соматических нарушений (язвенная болезнь ЖКТ), повышенной эмоциональной лабильности, склонности к асоциальному поведению, преобладанием гедонистических мотивов;

5. компульсивное патологическое влечение к алкоголю формируется у субъектов со склонностью к тревожным реакциям, воспитывавшихся алкогольных и деструктивных семьях, при наличии во взрослом состоянии артериальной гипертензии, преобладанием мотивов гиперактивации.

6. постоянное патологическое влечение формируется у лиц, воспитывавшихся в основном в алкогольных и деструктивных семьях с безразличным отношением со стороны родителей, наличием в подростковом возрасте повышенной моторной активности, в последующем с большим стажем алкоголизации и наличием соматических осложнений (заболевания печени) преобладанием абстинентных и аддиктивных мотивов употребления алкоголя;

7. результаты исследования можно использовать для проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

## Литература

1. Завьялов, В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / В. Ю. Завьялов. – Новосибирск: Наука, 1988. – 198 с.

2. *Наркология: национальное руководство* / Под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.

3. *Наследов, А. Д. SPSS: компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках* / А. Д. Наследов – СПб.: Питер, 2007. – 416 с.

4. *Berridge, K. C. The mind of an addicted brain: neural sensitization of wanting versus liking* / K. C. Berridge, T. E. Robinson / *Current Directions in Psychological Science*. – 1995. – Vol. 4. – P. 71–76.

5. *Heather, N. Importance of substance cues in relapse among heroin users: comparison of two methods of investigation* / N. Heather, A. Stallard, J. Tebbutt / *Addictive Behaviors*, 1991. – Vol. 16. – P. 41–49.

6. *Ludwig, A. The mystery of craving* / A. Ludwig // *Alcohol Health Research World*. – 1989. – Vol. 11. – P. 12–17.

7. *Mathew, R. J. Craving for alcohol in sober alcoholics* / R. J. Mathew, J. L. Claghorn, J. Lagen // *American Journal of Psychiatry*. – 1979. – Vol. 13. № 6. – P. 603–606.

8. Njaura, R. S. Relevance of cue reactivity to understanding alcohol and smoking relapse / R. S. Njaura [et al.] // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1988. – Vol. 97. – P. 133–152.

9. Shiffrin, R. M. Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending, and a general theory / R. M. Shiffrin, W. Schneider // *Psychological Review*. – 1977. – Vol. 84. – P. 127–190.

10. Tiffany, S. T. A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes / S. T. Tiffany // *Psychological Review*. – 1990. – Vol. 97. – P. 147–168.

11. Tiffany, S. T. Is craving the source of compulsive drug use? / S. T. Tiffany, B. Carter // *Journal of Psychopharmacology*, 1998. – Vol. 12. – P. 23–30.

12. Tiffany, S. T. A cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use / S. T. Tiffany, C. A. Conklin // *Addiction*. – 2000. – Vol. 95 (2). – P. 145–153.

13. Volpicelli, J. R. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence / J. R. Volpicelli // *Archives of General Psychiatry*. – 1992. – Vol. 49. – P. 876–880.