

Адаптация опросника причин тяжелого употребления алкоголя (Reasons for Heavy Drinking Questionnaire)

Климанова С.Г.¹, Березина А.А.¹, Трусова А.В.^{1,2}, Рыбакова К.В.¹, Крупицкий Е.М.^{1,3}
Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия
²Санкт-Петербургский Государственный Университет, Россия
³Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. академика И.П. Павлова, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Многочисленные исследования указывают на выраженную гетерогенность клинической картины синдрома алкогольной зависимости, что значительно снижает эффективность стандартизированного подхода к лечению заболевания и требует использования персонализированных интервенций, основанных на понимании лежащих в основе употребления алкоголя механизмов и процессов. Экспериментальное изучение использования фенотипов мотивации употребления для разработки персонализированных подходов лечения показывает многообещающие результаты и имеет практическую значимость дальнейшего исследования и оценки.

Целью данной работы является адаптация и исследование психометрических характеристик русскоязычной версии Опросника причин тяжелого употребления алкоголя. В исследовании приняли участие 163 пациента (108 мужчин (71%), средний возраст 43.00 года [38.00;43.00] (Mdn[Q1;Q3]), средняя продолжительность заболевания 10 лет [4.00;17.00] (Mdn[Q1;Q3]), проходящих стационарное лечение алкогольной зависимости. Для оценки клинико-психологических характеристик испытуемых были использованы следующие инструменты: клиническое интервью, Шкала употребления алкоголя как вознаграждения, облегчения состояния и привычки (RRHDS; Reward, Relief, Habit Drinking Scale), Пенсильванская шкала влечения к алкоголю (PACS; Penn Craving Scale), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS; Hospital Anxiety and Depression Scale), Шкала ангедонии Снайта-Гамильтона (SHAPS; Snaith Hamilton Pleasure Scale), Шкала Карвера-Уайта (BIS/BAS; Carver and White's BIS/BAS Scale).

Результаты анализа полученных данных не подтвердили факторную структуру, предложенную авторами опросника. Однако, были выделены два фактора, описывающих мотивацию тяжелого употребления алкоголя — «Позитивное Подкрепление» и «Нормализация и Привычка». Также были установлены корреляционные связи между фенотипами мотивации употребления алкоголя и клинико-психологическими характеристиками — предыдущий опыт лечения и отказа от алкоголя, уровень эмоциональной дезадаптации, показателями активации и торможения поведения, а также аналогичными шкалами, направленными на оценку мотивации употребления алкоголя.

Ключевые слова: мотивация употребления, синдром алкогольной зависимости, опросник причин тяжелого употребления алкоголя.

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>
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., Рыбакова К.В., Крупицкий Е.М. Адаптация Опросника Причин Тяжелого Употребления Алкоголя (Reasons for Heavy Drinking Questionnaire). *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2023; 57:42-56. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-4-862>.

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

Russian Version of the Reasons for Heavy Drinking Questionnaire: the study of psychometric properties and validation

Svetlana G. Klimanova¹, Anna A. Berezina¹, Anna V. Trusova^{1,2}, Kseniya V. Rybakova¹, Evgeny M. Krupitsky^{1,3}

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

St. Petersburg, Russia

²St. Petersburg University, Russia

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

Research article

Summary. The heterogeneity of the clinical presentation of alcohol use disorder significantly affects the effectiveness of a standardized approach to the treatment of the disease and requires the use of targeted interventions based on an understanding of the underlying mechanisms and processes. Experimental studies of using drinking motive phenotypes for developing personalized treatment approaches had promising results and have demonstrated the theoretical and practical relevance of their further investigation and assessment.

The purpose of this paper is to explore the psychometric properties of the Russian version of the Reasons for Heavy Drinking Questionnaire. For this study 163 patients (108 men (71%), mean age 43.00 years [38.00;43.00] (Mdn [Q1; Q3]), mean disease duration 10 years [4.00;17.00] (Mdn[Q1; Q3]) undergoing inpatient treatment for alcohol use disorder were recruited. The following instruments were used: clinical interview, Reward, Relief, Habit Drinking Scale, Penn Alcohol Craving Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Snaith-Hamilton Pleasure Scale, and Carver and White's BIS/BAS scale.

The results did not confirm the factor structure proposed by the authors of the questionnaire. However, two factors — «Positive Reinforcement» and «Normalization and Habit» — were identified. Multiple significant correlations were also identified between drinking motivation phenotypes and clinical and psychological characteristics (previous treatment experience and periods of alcohol remission, emotional impairment, behavioral activation and inhibition in response to reward and punishment, and another scale for assessment of reward, relief, and habit drinking motives).

Key words: drinking motives, alcohol use disorder, reasons for heavy drinking questionnaire

Information about authors:

Svetlana G. Klimanova* — email: svetlanagk@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>

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, Berezina AA, Trusova AV, Rybakova KV, Krupitsky EM. Russian Version of the Reasons for Heavy Drinking Questionnaire: the study of psychometric properties and validation. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2023; 57:4:42-56. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-4-862>. (In Russ.)

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

Синдром алкогольной зависимости (САЗ) является хроническим рецидивирующим заболеванием, основными симптомами которого являются трудности или полная потеря контроля над процессом употребления алкоголя, наличие выраженного влечения к употреблению, продолжение употребления несмотря на негативные последствия в профессиональной, личностной и межличностной сферах, наличие синдрома отмены алкоголя [6,11]. При этом клиническая картина САЗ крайне гетерогенна, что обусловлено биологическими, генетическими, психологическими, и социально-средовыми факторами, способствующими ее формированию и прогрессированию. Неоднородность проявлений САЗ значительно снижает эффективность стандартизированного подхода к лечению заболевания и требует использования персонализированных интервенций,

основанных на понимании механизмов и процессов, лежащих в основе САЗ [27,29].

Мотивационные теории зависимости постулируют, что мотивация является ключевым звеном в этиологии и патогенезе аддиктивных расстройств. Желание употребить алкоголь или другие психоактивные вещества возникает с целью удовлетворения определенной потребности или ряда потребностей; при этом разные виды мотивации употребления алкоголя обуславливаются определенными характерологическими чертами и состояниями на момент возникновения желания, индуцируются различными обстоятельствами, и имеют, в зависимости от доминирующей мотивации, различные поведенческие и психологические последствия [16]. Другими словами, мотивация является медиатором между характерологическими факторами риска, состоянием на момент

употребления, ситуационными факторами, альтернативными мотивационными влияниями, жизненным опытом, ожиданиями от употребления и самим выбором употребить алкоголь, не считаясь с последствиями от употребления [12, 38].

Группа психологических теорий мотивации (Мотивационная теория зависимости [17, 18], Теория PRIME [39, 40]) постулирует, что осознанное («рефлексивная» мотивация) или неосознанное («автоматическая мотивация») решение употребить алкоголь принимается на основе ожидаемых эмоциональных изменений от приема в соотношении с последствиями отказа от употребления алкоголя. Ожидание эмоциональных изменений вследствие употребления алкоголя формируется на основе прошлого опыта, биохимической реакции организма на алкоголь, личностных характеристик, социально-средовых факторов, способствующие или противодействующие его употреблению [16, 17, 18]. При этом сама мотивационная система имеет сложную многоуровневую структуру [39] — на мотивационные процессы оказывают влияние произвольные процессы планирования, оценки этих планов в соответствии с предыдущим опытом или имеющимися убеждениями, а также под воздействием внешних средовых влияний (восприятия стимулов из окружающей среды и формирующихся на их основе когнитивно-эмоциональных и побудительных состояний). Мотивация может принимать форму желания (“wants”; предвосхищение приятных ощущений, удовольствия), либо потребности (“needs”; предвосхищение снижения или облегчения негативных состояний). Мотивационные процессы, в свою очередь, формируют импульсивное либо сдерживающее влияние (impulses) на поведенческие реакции (responses) [40].

На основе мотивационной теории зависимости Cox & Klinger, были выделены четыре основные виды мотивации к употреблению алкоголя [16, 17]: 1) ориентированные на себя, приближающие (self-focused approach motives) — употребление алкоголя с целью улучшения эмоционального или физического состояния; 2) ориентированные на себя, избегающие (self-focused avoidance motives) — употребление алкоголя с целью снижения негативного эмоционального или физического состояния, т.н. копинг-мотивы; 3) ориентированные на других (инструментальные), приближающие (social approach motives) — употребление алкоголя с целью улучшения социального взаимодействия, аффилиации с другими; 4) ориентированные на других (инструментальные), избегающие (social avoidance motives) — употребление алкоголя с целью получения социального одобрения, конформизма, избегания осуждения или критики. Данная классификация мотивов употребления широко используется в эмпирических исследованиях аддиктивного поведения.

В отечественной клинико-психологической практике, наиболее часто используемая модель мотивации потребления алкоголя была разработана Завьяловым В.Ю. [2]. С помощью клиниче-

ского интервью и наблюдения, семантического анализа ответов испытуемых и диагностики эмоционально-личностной сферы в группе пациентов мужского пола, проходящих лечение от САЗ, были предложены девять основных мотивов употребления алкоголя, которые бы отражали личностный смысл опьянения: следование традициям, подчинение группе, ритуализация выпивки, удовольствие, успокоение, возбуждение, самолечение похмелья, «жажда выпивки», протест. Созданный на основе данной модели Опросник Мотивации Потребления Алкоголя [2] широко используется в клинической практике; однако, данные о валидации данного опросника и его психометрических параметрах ограничены [8].

Группа нейробиологических теорий аддикции (Теория оппонентных процессов [25, 34], Аллостатическая модель мотивационных систем центральной нервной системы [25], Теория сенсбилизации стимулов [30], Модель трех траекторий влечения [35]) рассматривает мотивацию как результат изменений нейрхимических процессов в базальных структурах переднего мозга, а также нейроадаптации (снижении вознаграждающего эффекта используемого психоактивного вещества) и аллостаза (дисрегуляции систем вознаграждения/антивознаграждения). Нейробиологическая теория аддикций предполагает, что аддиктивный цикл имеет три основных стадии: 1) предвосхищение употребления/ожидание позитивного эффекта ПАВ; 2) интоксикация и продолжающееся употребление; 3) нарастание симптомов отмены, негативного аффекта, и других психосоциальных последствий употребления. В соответствии с данной теорией, употребление алкоголя на начальных стадиях приносит удовольствие, таким образом являясь позитивным подкреплением, что обусловлено действием дофаминергических и опиоидергических систем в вентральной области полосатого тела. Однако, у части людей продолжающееся употребление алкоголя начинает играть роль негативного подкрепления с целью снижения негативных психофизиологических переживаний и ощущений, что обусловлено нейроадаптационным изменением в системе стресса в миндалевидном теле (активация кортикотропин-релизинг-фактора и норэпинефрина), а также снижение реактивности дофаминергических и опиоидергических систем [21, 37]. Продолжающееся употребление алкоголя также приводит к изменениям в мезокортиколимбических структурах, которые участвуют в стимулирующих мотивационных процессах при выработке условных рефлексов, и в префронтальной коре, являющейся субстратом произвольных действий и исполнительных функций [21, 30]. В результате, развивается «гиперчувствительность» к мотивационным и стимулирующим эффектам алкоголя и ассоциированным с ним стимулам, что становится основой патологической мотивации к алкоголю [30]. Повышенная реактивность на алкоголь и ассоциированные с ним стимулы вкуче со сниженными исполнительными функциями, включая способность к торможению ответа,

становятся основой компульсивной формы употребления алкоголя, или употребления как привычки [21].

На основании нейробиологической теории аддикции [26] и нейробиологической теории крейвинга [35], а также ряда исследований [21, 28, 31, 32, 37, 41] было предложено выделить три фенотипически отличных паттерна мотивации употребления алкоголя — употребление как вознаграждение (Reward), употребление как облегчение или снижение дискомфорта (Relief), употребление как привычка (Habit).

Экспериментальные исследования выбора фармакологических интервенций в зависимости от фенотипа употребления имели многообещающие результаты и показали практическую значимость их дальнейшего изучения, оценки и использования для разработки персонализированных интервенций. Например, использование налтрексона в качестве противорецидивной терапии показало наибольшую эффективность в группе участников с доминирующей мотивацией Вознаграждения (Высокий показатель Вознаграждения/Низкий показатель Облегчения и Высокий показатель Вознаграждения/ Высокий показатель Облегчения) [28, 31, 41], в то время как использование акомпросата — в группе участников с доминирующей мотивацией Облегчения (Высокий показатель Облегчения/Средне-выраженный показатель Вознаграждения) [32].

Также исследования выявили взаимосвязь фенотипа употребления алкоголя и клинко-психологических показателей. Например, доминирующий мотив употребления «Облегчение» значимо положительно коррелировал с тяжестью зависимости [13], мотивом употребления в качестве совладанием с негативными переживаниями и уровнем тонического крейвинга [21], показателями симптомов депрессии [3]. Фенотип употребления «Вознаграждение» отражал повышенную чувствительности к награде по сравнению с другими фенотипами [3]. Фенотип употребления как Привычки наименее изучен [9]. Результаты нейровизуализационных исследований [36] предположили, что компульсивный паттерн характеризуется активацией дорсальных областей полосатого тела в ответ на алкоголь-ассоциированные стимулы в отличие от других форм употребления (т.е. у участников с более легкой формой употребления активировались вентральная часть полосатого тела и участки префронтальной коры). Однако результаты других исследований не обнаружили значимых различий между фенотипом Облегчения и фенотипом Привычки. [9, 21]. Также стоит отметить, что фенотипический профиль употребления не является бинарным или ортогональным показателем [37], и несколько фенотипических паттернов могут иметь одинаковую выраженность. В частности, результаты исследования фенотипов употребления указывают на то, что участники, затрудняющиеся выделить доминирующую мотивацию употребления, могут быть наиболее дезадаптированной группой [3].

В связи с практической значимостью фенотипирования употребления алкоголя, актуальным становится вопрос точной оценки и диагностики фенотипов. Использование нейровизуализационных или генетических методов не представляется легко осуществимым в клинической практике. В то же время данные исследования не показали высокую диагностическую точность и специфичность в определении фенотипов [28]. Для определения фенотипа с помощью методик самоотчета использовались [37] модификации диагностических инструментов, разработанных ранее, например, Опросник Мотивов употребления, Перечень ситуаций употребления, Шкала Самоэффективности Алкогольной Абстиненции, а также специально созданные Шкала употребления алкоголя как вознаграждения, облегчения, и как привычки [21] и Опросник причин тяжелого употребления алкоголя [9].

Опросник причин тяжелого употребления алкоголя [9] был разработан для определения фенотипа употребления алкоголя. Апробация опросника проводилась в клинической группе пациентов с САЗ, участвующих в клинических испытаниях противорецидивных препаратов. Опросник состоит из 7 утверждений, на которые респондент отвечает с использованием 100-балльной шкале Ликерта (от «Абсолютно Не Согласен» до «Абсолютно Согласен»). В оригинальном исследовании психометрических характеристик данного опросника [9], были выделены две шкалы — «Подкрепление» (Reinforcement), в которую вошли первые 3 утверждения и шкала «Нормализации» (Normalizing), в которую вошли утверждения 4-6. Шкала «Подкрепление» отражает мотивацию употребления как позитивного (гедонистическая мотивация), так и негативного (снижение негативных переживаний) подкрепления. В шкалу «Нормализация» вошли утверждения об употреблении алкоголя, как способа восстановить эмоциональное и физическое состояние, избежать негативных последствий употребления.

Утверждение номер 7, оценивающее выраженность мотивации потребления алкоголя, как привычки, не вошло в конечную версию опросника, т.к. имело слабую факторную нагрузку и было ортогонально по отношению к другим шкалам. Показатели шкалы Нормализации имели более выраженную корреляционную связь с характеристиками влечения, тяжестью зависимости, количеством употребляемых напитков в день, и количеством эпизодов лечения и детоксификаций по сравнению со шкалой Подкрепления [9]. В отличие от Шкалы употребления алкоголя как вознаграждения, облегчения и как привычки [21], данный опросник представляется более дифференцированным, так как предлагает ответить на вопросы, касающиеся употребления, а не просто выбрать доминирующую мотивацию.

Целью данного исследования является валидизация и адаптация Опросника причин тяжелого употребления алкоголя на русскоязычной выборке пациентов, проходящих лечение алкогольной

зависимости, и изучение связи показателей мотивации употребления алкоголя с другими клинико-психологическими показателями эмоциональной сферы и употребления алкоголя.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 163 пациента, проходящих лечение синдрома алкогольной зависимости на отделении терапии стационарных больных с аддиктивными расстройствами в ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (108 мужчин (71%)), средний возраст 43.00 года [38.00;43.00] (Mdn[Q1;Q3]), средняя продолжительность заболевания — 10 лет [4.00;17.00] (Mdn[Q1;Q3]). Однако данные 26 участников (16%) были исключены из дальнейшего анализа в результате отсутствия большей части (более 60%) ответов на предложенные задания. Более подробная демографическая информация приведена в Табл.1.

Участники были включены в исследование после купирования симптомов синдрома отмены ал-

коголя. В исследование не включались пациенты с зависимостью от других психоактивных веществ, кроме никотина, а также выраженными когнитивными нарушениями, коморбидными психиатрическими диагнозами и/или соматическими заболеваниями, которые бы затрудняли выполнение предложенных заданий. Всем участникам было предложено пройти клиническое интервью и заполнить ряд опросников.

В исследовании были использованы следующие методы:

Клиническое интервью — разработанный авторами исследования ряд вопросов, направленных на сбор социально-демографических и биографических данных, а также информации о симптомах злоупотребления алкоголем, коморбидных психических и соматических расстройств.

Опросник причин тяжелого употребления алкоголя (Reason for Heavy Drinking Questionnaire) [9] опросник, состоящий из 7 утверждений о причинах употребления алкоголя. На русский язык

Таблица 1. Социодемографические и клинические характеристики участников исследования
Table 1. Sociodemographic and clinical characteristics of the study participants

Социодемографические и клинические характеристики	Показатели
Пол (n(%): Мужчины Женщины	95 (69%) 31 (31%)
Возраст, лет (M±SD)	43.90±9.82
Возраст формирования СОА, лет (Mdn [Q1;Q3])	30[26;38]
Длительность заболевания, лет (Mdn [Q1;Q3])	10[4;16.75]
Количество дней после последнего употребления, дней (Mdn [Q1;Q3])	14[10;17.50]
Возраст первого употребления алкоголя, лет (Mdn [Q1;Q3])	16[14;17]
Возраст первого обращения за помощью, лет (Mdn [Q1;Q3])	39[33;45]
Количество ремиссий (Mdn [Q1;Q3])	1 [0;3]
Средняя продолжительность ремиссий, мес. (Mdn [Q1;Q3])	2.45[0;6]
Средняя толерантность на момент обследования, мл этанола (Mdn [Q1;Q3])	200[160;330]
Предпочитаемая форма употребления (n(%): Постоянная Периодическая Неопределенная	94(69%) 34(25%) 6(4%)
Предпочитаемые алкогольные напитки (n(%): Крепкий алкоголь Вино Пиво Слабоалкогольные газированные напитки	94 (69%) 17(12%) 24(18%) 0
Изменение средней толерантности (n(%): Снижается Растет Плато	13(9%) 43(31%) 78(57%)
Курение (n(%): Да, в настоящее время Нет	98(72%) 31(23%)
Употребление ПАВ в прошлом (n(%): Да, в прошлом Нет	39(28%) 91(66%)

утверждения были переведены методом прямого и обратного перевода. В каждом задании респондентам предлагается графически отметить значение на 100-бальной шкале Ликерта (от «Абсолютно Не Согласен» до «Абсолютно Согласен») в соответствии со своим паттерном употребления. Обработка ответов производилась путем подсчета относительной длины промежутка от 0 до обозначенной респондентом черты. В оригинальном исследовании психометрических характеристик данного опросника [9], были выделены две шкалы — «Подкрепление» (Reinforcement), в которую вошли первые 3 утверждения и шкала «Нормализации» (Normalizing), в которую вошли утверждения 4-6. Утверждение номер 7, оценивающее выраженность мотивации потребления алкоголя, как привычки, не вошло в конечную версию опросника, т.к. имело слабую факторную нагрузку.

Шкала употребления алкоголя как вознаграждения, облегчения состояния и привычки (UCLA Reward, Relief, Habit Drinking Scale) [21] — шкала, состоящая из 4 вопросов и направленная на выявление предпочитаемого мотива употребления алкоголя. В первой части респондент выбирает доминирующий мотив употребления алкоголя; в оставшихся вопросах респондент отмечает частоту употребления алкоголя в соответствии с тремя основными мотивами по семибальной шкале Ликерта (от «Никогда» до «Всегда»). При обработке ответов учитывается как предпочитаемый мотив употребления, так и выраженность данного мотива в поведении.

Пенсильванская шкала влечения к алкоголю [19] — 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. [5], где шкала показала высокую степень согласованности с клинической оценкой влечения, а также с Клинической шкалой оценки патологического влечения к алкоголю Б.Б. Альтшулера.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии [1, 7, 42] — 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 свидетельствуют о наличии субклинических признаков тревоги/депрессии; 11 и более баллов свидетельствуют о клинически значимом уровне эмоциональных сложностей.

Шкала ангедонии Снайта-Гамильтона [10, 33] — самооценочная шкала, направленная на оценку уровня ангедонии. Состоит из 14 вопросов, каждый из которых оценивается по 4-бальной шкале Ликерта от «Совсем не согласен» до «Полностью согласен». Повышенные баллы соответствуют более высокому уровню ангедонии.

Шкала Карвера-Уайта [4, 14, 24] — самооценочный опросник, направленный на оценку вы-

раженности двух мотивационных систем — поведенческого сдерживания (behavioral inhibition) и поведенческой активации (behavioral activation). Опросник включает 24 утверждения, каждое из которых оценивается по 4-бальной 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) и система активации поведения (САП): САП-Драйв, САП-Поиск развлечений, САП-чувствительность к награде. Апробация русскоязычной версии опросника проводилась в работах Г.Г. Князева и соавт. [4, 24], которые подтвердили его факторную структуру 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 ($Mdn [Q1; Q3]$). Нормальность распределения определялась с помощью теста Шапиро-Уилка (показатели $p < 0.05$ свидетельствовали об отклонении распределения от нормального). Пропущенные данные нивелировались попарно (case-by-case).

Конфирматорный факторный анализ использовался для подтверждения 2-факторной структуры Опросника причин тяжелого употребления алкоголя. Для оценки соответствия модели (goodness-of-fit test) использовались следующие показатели: сравнительный критерий соответствия (CFI; Comparative Fit Index), индекс Такера-Льюиса (TLI; Tucker—Lewis index); корень среднеквадратической ошибки аппроксимации (RMSEA; Root mean-square error of approximation) с границами границы доверительного интервала (Confidence Interval), стандартизованный корень среднего квадратного остатка (SRMR, Standardized Root mean square residual), и χ^2 — хи-квадрат, df — степень свободы. Согласно рекомендациям [22, 23], приемлемыми показателями соответствия являются: CFI > 0.9, TLI > 0.9, SRMR < 0.1, RMSEA < 0.1, и показателями $\chi^2/df < 5$.

В соответствие с процедурами оригинального исследования [9], анализ результатов с использованием метода главных компонент был проведен на данных обследования подгруппы участников ($n=71$ (52%)), выбранной случайным образом. Для определения структуры опросника и ее оценки использовались следующие показатели: собственное значение больше одного ($eigenvalue > 1$), диаграмма структуры (scree plot), нагрузка компонентов (component loadings), индексы согласования модели, количество вопросов в полученных факторах, а также возможность интерпретации полученных данных. При проведении анализа главных компонент использовался метод ротации promax oblique. Далее, повторный конфирматорный факторный анализ ($n=66$ (48%)) использовался для

подтверждения полученной структуры с использованием индексов, описанных выше. Две подгруппы участников значимо не отличались по основным используемым показателям.

Для определения внутренней согласованности, использовался коэффициент альфа-Кронбаха и средняя скоррелированность пунктов (average inter-item correlation). Приемлемым считался показатель альфа-Кронбаха > 0.7 и средняя скоррелированность пунктов между значениями 0.15 и 0.5.

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

Средние значения по каждому из утверждений опросника и стандартные отклонения, а также показатели медианы, первого и третьего квартиля указаны в Табл.2. Стоит отметить, что распределение значений по каждому из утверждений отклонялось от нормального (по каждому из утверждений показатели теста Шапиро-Уилкс были $p < 0.01$). Наименее выраженная корреляция была обнаружена между утверждением 3 и остальными утверждениями опросника. Между утверждением 3 и утверждениями 2 ($\rho = 0.16$, $p = 0.06$) и 5 ($\rho = 0.16$, $p = 0.06$) статистически значимая корреляционная связь обнаружена не была. Корреляционная связь между утверждением 3 и утверждениями 4 ($\rho = 0.19$, $p = 0.03$), 7 ($\rho = 0.20$, $p = 0.02$) была слабой.

Проверка соответствия полученных эмпирических данных предложенной двухфакторной модели Опросника причин тяжелого употребления

алкоголя производилась с помощью конфирматорного факторного анализа. Были получены следующие показатели: $\rho^2 = 32.756$, $p < 0.001$, CFI=0.906, TLI=0.824, RMSEA=0.148, $p = 0.001$, SRMR=0.088. Таким образом, предложенная авторами опросника двухфакторная модель не подтвердилась.

На следующем этапе анализа, для определения структуры опросника на выбранной случайным образом подгруппе участников ($n = 71$ (52%)), был применён метод главных компонент. В Табл.3 представлены факторные нагрузки, собственные значения и показатели дисперсии для полученной двухфакторной структуры Опросника причин тяжелого употребления алкоголя.

Факторная нагрузка каждого из утверждений превышала показатель 0.4. Перекрестная факторная нагрузка не наблюдалась ни для одного из утверждений. Полученные два фактора в общей сложности объясняли 63.4% дисперсии. По сравнению с оригинальной структурой опросника, в Фактор 1 вошли первые два утверждения, в Фактор 2 — утверждения 3-7.

Далее был проведен конфирматорный факторный анализ полученной структуры опросника во второй подгруппе ($n = 66$ (48%)) (участники первой подгруппы не входили в состав второй подгруппы). В результате были получены следующие показатели: $\rho^2 = 12.96$, $df = 13$, $p = 0.45$, CFI=1.000, TLI=1.000, RMSEA=0.000, $p = 0.000$, SRMR=0.051. Таким образом, была подтверждена двухфакторная модель опросника. В Фактор 1 (Фактор «Позитивное Подкрепление») вошли первые два утверждения, в Фактор 2 («Нормализация и Привычка») — утверждения с 3 по 7, включительно. Полученная модель с показателями стандартных коэффициентов представлена на Рис.1.

Таблица 2. Описательные статистики по утверждениям Опросника причин тяжелого употребления алкоголя и значения корреляции между утверждениями
Table 2. Descriptive statistics and correlations among the Reasons for Heavy Drinking Questionnaire items

	M±SD Mdn [Q1;Q3]	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Я пью, потому что это доставляет мне удовольствие	61.23±34.33 68.00[32.00;99.19]	1.000						
2. Я пью, потому что мне нравится быть в состоянии алкогольного опьянения	46.45±38.31 40.80[7.20;81.75]	0.68***	1.00					
3. Я пью, потому что успокаиваюсь, когда я в стрессе/нервничаю	71.70±31.72 80.71[5.40;100]	0.27**	0.16	1.00				
4. Я пью, потому что чувствую себя ненормально, когда не пью	27.92±33.27 11.20[0.00;52.00]	0.38***	0.45***	0.19*	1.00			
5. Я пью, потому что лучше концентрируюсь, когда выпью	28.27±34.29 12.80[0.00;52.38]	0.28***	0.27**	0.16	0.70***	1.00		
6. Я пью, потому что когда останавливаюсь, то чувствую себя плохо (нервничаю, раздражаюсь и плохо сплю)	49.83±40.87 50.40[5.00;97.81]	0.33***	0.25**	0.39***	0.41***	0.32***	1.00	
7. Пью исключительно по привычке	41.15±38.72 37.30[0.00;80.28]	0.26**	0.38***	0.20*	0.63***	0.43***	0.44***	1.00

*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Таблица 3. Результаты анализа главных компонент Table 3. Results of principal component analysis: Factor loadings, Eigenvalues, and explained variance for the Reasons for Heavy Drinking Questionnaire two-factor model		
Утверждения	Фактор 1	Фактор 2
1. Я пью, потому что это доставляет мне удовольствие		0.889
2. Я пью, потому что мне нравится быть в состоянии алкогольного опьянения		0.920
3. Я пью, потому что успокаиваюсь, когда я в стрессе/нервничаю	0.654	
4. Я пью, потому что чувствую себя ненормально, когда не пью	0.803	
5. Я пью, потому что лучше концентрируюсь, когда выпью	0.745	
6. Я пью, потому что когда останавливаюсь, то чувствую себя плохо (нервничаю, раздражаюсь и плохо сплю)	0.715	
7. Пью исключительно по привычке	0.757	
Собственные значения	3.09	1.35
Процент дисперсии	39.1	24.4
Кумулятивный процент дисперсии	39.1	63.4

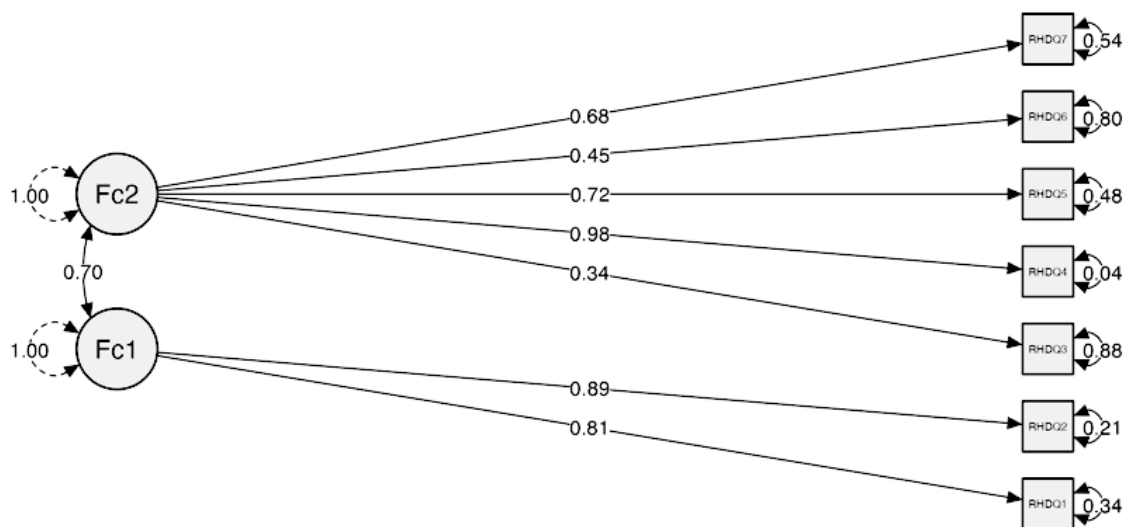


Рисунок 1. Финальная модель факторной структуры опросника
Fig. 1. Final factor structure model for the Reasons for Heavy Drinking Questionnaire

После этого были вычислены показатели для каждой из полученных шкал, путем усреднения полученных показателей. Средние показатели Фактора 1 «Позитивное Подкрепление» (утверждения 1,2) составили 53.84 ± 33.21 ($M \pm SD$), 51.99 [$28.00; 81.07$] ($Md[Q1; Q3]$). Распределение показателей отклонялось от нормального (Показатель Шапиро-Уилкс теста $p < 0.001$). Средние показатели Фактора 2 «Нормализация и Привычка» (утверждения 3-7) составили 43.77 ± 26.13 ($M \pm SD$), 40.00 [$20.63; 62.56$] ($Md[Q1; Q3]$). Распределение показателей отклонялось от нормального (Показатель Шапиро-Уилкс теста $p = 0.001$).

Показатели внутренней согласованности теста составляли: для Фактора 1 «Позитивное Подкрепление» Кронбах-Альфа 0.822, средняя коррелированность пунктов 0.702; для Фактора 2 «Нормализация и Привычка» Кронбах-Альфа 0.777, средняя коррелированность пунктов 0.414.

Также был проведен анализ связей между средними показателями полученных шкал опросника и клинико-психологическими показателями. Результаты проведенного корреляционного анализа представлены в Табл.4.

Таким образом, Фактор 2 «Нормализация и Привычка» значимо коррелировал с количеством

Таблица 4. Взаимосвязь факторов Опросника причин тяжелого употребления алкоголя и клинико- психологических показателей
Table 4. Correlations between the factors of the Reasons for Heavy Drinking Questionnaire and clinical and psychological measures

Показатели		Фактор 1 «Позитивное Подкрепление»	Фактор 2 «Норма- лизация И Привычка»
Показатели клинического интервью:			
Длительность заболевания	Spearman's ρ	0.073	0.134
	p-value	0.405	0.123
Количество дней после последнего употребления	Spearman's ρ	0.056	-0.025
	p-value	0.517	0.77
Количество госпитализаций на момент исследования	Spearman's ρ	0.076	0.20*
	p-value	0.383	0.02
Количество ремиссий	Spearman's ρ	-0.07	-0.194*
	p-value	0.433	0.027
Средняя длительность ремиссий (мес.)	Spearman's ρ	0.013	-0.025
	p-value	0.883	0.782
Толерантность на этапе систематического злоупотребления (в мл этанола в сутки)	Spearman's ρ	0.131	-0.055
	p-value	0.13	0.531
Оценка уровня влечения к алкоголю на момент обследования по шкале от 1 до 10	Spearman's ρ	0.269**	0.081
	p-value	0.002	0.367
Степень удовлетворенность состоянием собственного здоровья на шкале от 1 до 10	Spearman's ρ	0.244**	-0.034
	p-value	0.005	0.7
Показатели опросников самоотчета			
Пенсильванская шкала влечения к алкоголю	Spearman's ρ	0.237**	0.329***
	p-value	0.006	< .001
Госпитальная шкала тревоги и депрессии			
Уровень тревоги	Spearman's ρ	0.037	0.356***
	p-value	0.671	< .001
Уровень депрессии	Spearman's ρ	0.068	0.404***
	p-value	0.433	< .001
Шкала Карвера-Уайта:			
САП-Драйв или упорство в достижении награды	Spearman's ρ	0.117	0.358***
	p-value	0.179	< .001
САП-Поиск развлечений	Spearman's ρ	-0.046	-0.175 *
	p-value	0.596	0.043
САП-Чувствительность к награде	Spearman's ρ	-0.006	0.059
	p-value	0.949	0.505
Системы торможения поведения	Spearman's ρ	0.026	-0.174*
	p-value	0.767	0.046

Шкала ангедонии Снайта-Гамильтона	Spearman's ρ	-0.042	-0.327***
	p-value	0.626	< .001
Шкала частоты употребления как награды (UCLA RRHDS)	Spearman's ρ	0.497***	0.300***
	p-value	< .001	< .001
Шкала частоты употребления как облегчения (UCLA RRHDS)	Spearman's ρ	0.123	0.395***
	p-value	0.154	< .001
Шкала частоты употребления как привычки (UCLA RRHDS)	Spearman's ρ	0.226**	0.439***
	p-value	0.009	< .001

*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

госпитализаций ($\rho = 0.20$, $p = 0.02$) и количеством ремиссий ($\rho = -0.194$, $p = 0.027$) на момент обследования. Фактор 1 «Позитивное Подкрепление» статистически значимо коррелировал с оценкой состояния собственного здоровья ($\rho = 0.244$, $p = 0.005$). Оба фактора значимо положительно коррелировали с показателями крейвинга по оценке Пенсильванской шкалы влечения к алкоголю (Фактор 1: $\rho = 0.237$, $p = 0.006$; Фактор 2: $\rho = 0.329$, $p < 0.001$), но только Фактор 1 был значимо связан с собственной оценкой уровня влечения на момент обследования ($\rho = 0.269$, $p = 0.002$). Была обнаружена значимая положительная корреляция Фактора 2 с уровнем тревоги ($\rho = 0.356$, $p < 0.001$) и депрессии ($\rho = 0.404$, $p < 0.001$), но значимо негативная — с показателем ангедонии ($\rho = -0.327$, $p < 0.001$). Также были выявлены негативная связь Фактора 2 и показателей избегания негативных последствий/системой торможения поведения ($\rho = -0.174$, $p < 0.046$), стремления к поиску новых ощущений ($\rho = -0.175$, $p = 0.043$), а также положительная связь с показателем драйва или упорства в достижении награды ($\rho = -0.358$, $p < 0.001$). Оба фактора были значимо положительно связаны с показателями частоты употребления как награды (Фактор 1: $\rho = 0.497$, $p < 0.001$; Фактор 2: $\rho = 0.3$, $p < 0.001$) и употребления как привычки (Фактор 1: $\rho = 0.226$, $p = 0.009$; Фактор 2: $\rho = 0.439$, $p < 0.001$). Но только Фактор 2 значимо позитивно коррелировал с частотой употребления как облегчения ($\rho = 0.395$, $p < 0.001$).

Обсуждение

Целью данного исследования являлись валидизация и адаптация русскоязычной версии Опросника причин тяжелого употребления алкоголя — диагностического инструмента, направленного на выявление доминирующей мотивации тяжелого употребления алкоголя. С помощью метода главных компонент и конфирматорного факторного анализа была выявлена структура опросника, отличная от оригинальной. В первую шкалу, которая была обозначена как шкала «Позитивного Подкрепления», вошли первые два утверждения, отражающие исключительно гедонистические эффекты приема алкоголя. Во вторую шкалу «Нормализации и Привычки» вошли утверждения 3-7

об употреблении алкоголя как способе снижения негативных эмоциональных и физических состояний, а также как привычки.

Стоит отметить, что Фактор 1 содержал два утверждения, которые имели высокий уровень скоррелированности, т.е. дублировали описание одного и того же явления. Также феномен мотивации употребления как привычки описывался одним пунктом, что могло повлиять на то, что он не был выделен в отдельный фактор.

В оригинальной версии опросника Фактор 1 включал утверждения, отражающие смешанный эффект приема алкоголя — позитивное и негативное подкрепление. Фактор 2 также включал утверждения о приеме алкоголя как способе снизить эмоциональный и физический дискомфорт. Таким образом, можно утверждать, что полученная в данном исследовании структура опросника в большей степени соответствует теоретическим конструктам фенотипа употребления алкоголя — употребления как награды и как облегчения.

Также, в данном исследовании, в Фактор 2 было включено утверждение об употреблении алкоголя как привычки наряду с утверждениями о приеме алкоголя в качестве облегчения эмоционального и физического дискомфорта. Фенотип мотивации употребления как привычки является наименее изученным. Результаты нейрофизиологических исследований [36] указывают на специфический паттерн активации при компульсивном употреблении алкоголя. Однако результаты исследований с использованием самоотчетных методов противоречивы. Так, в работе E.N. Grodin и соавт. [21] фенотипы употребления алкоголя для облегчения и как привычки значимо не отличались по клинко-психологическим характеристикам. Однако в исследовании на русскоязычной выборке [3], участники с доминирующей мотивацией употребления как привычки были старше других участников и значительно реже, по сравнению с другими группами, прибегали к адаптивным формам совладания и саморегуляции. Показатели данной мотивации также положительно коррелировали с выраженностью симптомов депрессии, тревоги, и негативно — с силой торможения поведения (т.е., возможно, имели более выраженную

аверсивную мотивацию, тенденцию избегающему поведению). Можно предположить, что в данном исследовании мотивация употребления как привычки не была выделена в отдельный фактор в результате того, что использовалось единственное утверждение для ее описания. Таким образом, требуется дальнейшее исследование данного фенотипа с расширенным описанием особенностей импульсивного приема алкоголя.

Результаты корреляционного анализа выявили множественные значимые связи между показателями фенотипов употребления алкоголя и клинико-психологическими характеристиками. Ожидается, шкала употребления как «Нормализации и Привычки» значимо положительно коррелировала с показателями уровня симптомов тревоги и депрессии, количеством госпитализаций на момент исследования, но негативно — с количеством ремиссий в прошлом. Фактор 1 «Позитивное Подкрепление» значимо позитивно коррелировал с оценкой удовлетворенности респондентами состоянием здоровья. Таким образом, можно предположить, что выраженность фенотипа употребления как нормализации или привычки связана с более тяжелой формой САЗ и более высоким уровнем дезадаптации, что соотносится с результатами предыдущих исследований [3, 9, 21].

Интересная взаимосвязь была обнаружена между Фактором 2 «Нормализация и Привычка», показателями ангедонии и системами активации/торможения поведения (Шкала Карвера/Уайта). Как было указано выше, Фактор 2 ассоциирован с депрессивными симптомами, но при этом была обнаружена обратная связь с уровнем ангедонии; значимая позитивная корреляция была выявлена с показателем упорства в достижении награды и значимо негативная — с мотивацией получения новых форм вознаграждения. Ангедония представляет собой спектр нарушений, характеризующий неспособностью получать удовольствие; ангедония часто является одним из симптомов депрессивных состояний. В экспериментальных ситуациях ангедония проявляется в сниженной чувствительности к награде, сниженной скорости научения на основе положительных/негативных ошибок прогнозирования, более высоком уровне усилий, требуемых для принятия решений [15]. Соответственно, в данном исследовании уровень ангедонии негативно коррелировал с уровнем показателем упорства в достижении награды ($r = -0.394$, $p < 0.001$) и чувствительностью к вознаграждению ($r = -0.248$, $p = 0.005$). Таким образом, полученные результаты могут указывать на возможную структуру депрессивных симптомов и системы активации/торможения при САЗ, что требует дальнейшего изучения.

Оба полученных фактора были положительно связаны с уровнем влечения к употреблению алкоголя, измеряемого с помощью Пенсильванской шкалы влечения к алкоголю, которая оценивает тонический (стабильный, существующий на протяжении какого-то времени) вид влечения. Однако только Фактор 1 значимо позитивно коррелировал

с оценкой влечения к алкоголю на момент исследования. На основании полученных результатов можно предположить, что для фенотипа мотивации употребления «Нормализация и Привычка» в большей степени характерен тонический уровень влечения, а для фенотипа «Позитивное Подкрепление» — и тоническое, и фазическое. Также можно предположить, что респонденту с доминирующей мотивацией позитивного подкрепления в большей степени оценивают уровень влечения в моменте оценки. Имеющиеся на данный момент исследования о взаимосвязи фенотипа и уровня влечения немногочисленны и противоречивы. Так, в одной работе [21] было отмечено, что для фенотипа облегчения более выражен тонический вид влечения. В других работах (например, [20]) рассматриваются различные виды влечения — как вознаграждения и как облегчения, что может свидетельствовать о том, что фенотипы мотивации употребления алкоголя и влечение (крейвинг) могут быть пересекающимися конструктами.

Также был проведен анализ связей со схожим диагностическим инструментом — Шкалой употребления как вознаграждения, облегчения, и привычки. Оба фактора имели значимую положительную связь с частотой употребления алкоголя как награды и частотой употребления как привычки. Но только фактор 2 «Нормализации и Привычки» значимо положительно коррелировал с частотой употребления как облегчения эмоционального/физического состояния. Таким образом, можно предположить, во-первых, оба диагностических инструмента измеряют схожие конструкты; во-вторых, данные показатели не являются бинарными, т.е. повышение или доминирование одного фактора не предполагает снижение другого. В предыдущих исследованиях [13] также была обнаружена связь между методиками — респонденты с более выраженным показателями употребления как привычки/облегчения имели более высокие показатели шкалы «Нормализации» и более низкие показатели шкалы «Подкрепления».

Проведенное исследование имеет ряд ограничений. Во-первых, небольшой размер выборки участников исследования мог привести к тому, что некоторые результаты не достигли уровня статистической значимости. Во-вторых, используемый метод замещения пропущенных данных (исключение из анализа участников, которые не заполнили значимую часть материалов и нивелирование попарно пропущенных данных (case-by-case)), также могло снижать значимость некоторых показателей. В-третьих, результаты статистического анализа в данном исследовании указывают на необходимость пересмотра некоторых утверждений опросника для улучшения его факторной структуры (пересмотр первых утверждений 1 и 2 для снижения высокой скоррелированности фактора 1 и добавление утверждений, касающихся употребления как привычки, что может привести к выделению фактора 3, описывающего данный фенотип).

Дальнейшие исследования могут включать более детальное изучение фенотипа употребления как привычки, прежде всего его отличий от фенотипа как облегчения/нормализации состояния, взаимосвязей предложенных фенотипов мотивации употребления и характеристик влечения (крейвинга) к употреблению алкоголя, структуры эмоциональной дезадаптации при различных видах мотивации употребления алкоголя. Также стоит отметить, что предложенная методика рассматривает фенотип мотивации употребления как некую константу. В то же время, представляется важным изучение его изменений в динамике, как в формате экологической мгновенной оценки, так и лонгитюдных исследований.

Заключение

В результате проведенного исследования была проведена оценка психометрических характеристик Опросника причин тяжелого употребления алкоголя (оценка факторной структуры и внутренней согласованности). В отличие от ориги-

нального исследования, в фактор 1 «Позитивное Подкрепление» вошли утверждения 1-3, и в фактор 2 «Нормализация и Привычка» вошли утверждения 4-7. Русскоязычная версия опросника имеет высокий уровень внутренней согласованности и приемлемые показатели факторной структуры.

Также в процессе исследования были выявлены корреляции между фенотипом мотивации употребления и клинико-психологическими характеристиками, такими как предыдущий опыт лечения и отказа от алкоголя, уровень эмоциональной дезадаптации, показателями активации и торможения поведения, а также аналогичными шкалами, направленными на оценку мотивации употребления алкоголя.

Дальнейшие исследования могут включать более детальное изучение фенотипа мотивации употребления как привычки, структуры депрессивных симптомов при САЗ, характеристик влечения (крейвинга), а также динамическую оценку выраженности фенотипов употребления.

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, Drobyshhev 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.
Zav'yalov V.Yu. Kliniko-psihologicheskie aspekty formirovaniya zavisimosti ot alkogolya. Avtoreferat dissertatsii na soiskanie uchenoj stepeni doktora medicinskih nauk. Tomsk. 1993. (In Russ.).
3. 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. Обозрение 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. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-4-63-76> (In Russ.).
4. 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.).
5. 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 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.).
6. Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10). [Mkb-10.com]. Mkb-10; 1993 [прочитано 12 сентября 2022]. Доступно: <http://mkb-10.com/index.php?pid=4048>
7. Морозова М.А., Потанин С.С., Бениашивили А.Г., Бурминский Д.С., Лепилкина Т.А., Рупчев Г.Е., Кибитов А.А. Валидация русскоязычной версии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии в общей популяции. Профилактическая медицина. 2023;26(4):7-14.

- Morozova MA, Potanin SS, Beniashvili AG, Burminsky DS, Lepilkina TA, Rupchev GE, Kibitov AA. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale Russian-language version in the general population. *Profilakticheskaya Meditsina*. 2023;26(4):7-14 (In Russ.).
<https://doi.org/10.17116/profmed2023260417>
8. 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, Berezhina AA, Gvozdetski AN, Klimanova SG. Evaluation of alcohol consumption motivation: psychometric properties of the Alcohol Consumption Motivation Inventory by V.Yu. Zavyalov. *Obzrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2021; 55:4:76-85 (In Russ.).
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-4-76-85>.
 9. Adams ZW, Schacht JP, Randall P, Anton RF. 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*. 2016;77(2):354-361. <https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.354>
 10. Ameli R, Luckenbaugh DA, Gould NE, Holmes MK, Lally N, Ballard ED, Zarate CA. SHAPS-C: The Snaith-Hamilton pleasure scale modified for clinician administration. *PeerJ*, 2014;2:e429.
<https://doi.org/10.7717/peerj.429>
 11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association Publishing. 2022.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
 12. Biolcati R, Passini S. Development of the Substance Use Motives Measure (SUMM): A comprehensive eight-factor model for alcohol/drugs consumption. *Addictive Behaviors Reports*. 2019;10:100199.
<https://doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100199>
 13. 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>
 14. 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):319-333.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.2.319>
 15. Cooper JA, Arulpragasam AR, Treadway MT. Anhedonia in depression: Biological mechanisms and computational models. *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 2018;22:128-135.
<https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2018.01.024>
 16. Cooper M, Lynne, and others. Motivational Models of Substance Use: A Review of Theory and Research on Motives for Using Alcohol, Marijuana, and Tobacco, in Kenneth J. Sher (ed.), *The Oxford Handbook of Substance Use and Substance Use Disorders: Volume 1*, Oxford Library of Psychology. 2016.
 17. Cox WM, Klinger E. A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*. 1988;97(2):168-180.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.2.168>
 18. Cox W.M., Klinger E. A Motivational Model of Alcohol Use: Determinants of Use and Change. In W. M. Cox & E. Klinger (Eds.), *Handbook of Motivational Counseling*. John Wiley & Sons. Ltd, 2011.
 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.
<https://doi.org/10.15288/jsa.2003.64.120>
 20. Glöckner-Rist A, Léménager T, Mann K. Reward and relief craving tendencies in patients with alcohol use disorders: Results from the PREDICT study. *Addictive Behaviors*. 2013;38(2):1532-1540.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.06.018>
 21. Grodin EN, Bujarski S, Venegas A, Baskerville W-A, Nieto SJ, Jentsch JD, Ray LA. Reward, Relief and Habit Drinking: Initial Validation of a Brief Assessment Tool. *Alcohol and Alcoholism*. 2019;54(6):574-583.
<https://doi.org/10.1093/alcalc/agz075>
 22. 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>
 23. Kline T. *Psychological testing: A practical approach to design and evaluation*. Sage Publications, 2005.
 24. 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.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.02.013>
 25. Koob GF, Le Moal M. Addiction and the Brain Antireward System. *Annual Review of Psychology*. 2008;59(1):29-53.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093548>
 26. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(8):760-773.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
 27. 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>
 28. Mann K, Roos CR, Hoffmann S, Nakovics H, Léménager 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.
<https://doi.org/10.1038/npp.2017.282>
29. Miele AS, Fleury M-J, Zeluff H, Mendieta A, Phillips C, Roth A, Basello G, Nienaber C, Crupi R, Brondolo E. Driven by need, shaped by access: Heterogeneity in patient profiles and patterns of service utilization in patients with alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence.* 2023;246:109825.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109825>
 30. 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.
<https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0093>
 31. Roos CR, Bold KW, Witkiewitz K, Leeman RF, DeMartini KS, Fucito LM, Corbin WR, Mann K, Kranzler HR, O'Malley SS. Reward drinking and naltrexone treatment response among young adult heavy drinkers. *Addiction.* 2021;116(9):2360–2371.
<https://doi.org/10.1111/add.15453>
 32. Roos CR, Mann K, Witkiewitz K. Reward and relief dimensions of temptation to drink: Construct validity and role in predicting differential benefit from acamprosate and naltrexone: Reward and relief temptation. *Addiction Biology.* 2017;22(6):1528–1539.
<https://doi.org/10.1111/adb.12427>
 33. 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. *British Journal of Psychiatry.* 1995;167(1):99–103.
<https://doi.org/10.1192/bjp.167.1.99>
 34. Solomon RL, Corbit JD. An opponent-process theory of motivation: I. Temporal dynamics of affect. *Psychological Review.* 1974;81(2):119–145.
<https://doi.org/10.1037/h0036128>
 35. 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.
 36. Vollstädt-Klein S, Wichert S, Rabinstein J, Bühler M, Klein O, Ende G, Hermann D, Mann K. Initial, habitual and compulsive alcohol use is characterized by a shift of cue processing from ventral to dorsal striatum: Striatal activation in compulsive drinking. *Addiction.* 2010;105(10):1741–1749.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03022.x>
 37. Votaw VR, Mann K, Kranzler HR, Roos CR, Nakovics H, Witkiewitz K. Examining a brief measure and observed cutoff scores to identify reward and relief drinking profiles: Psychometric properties and pharmacotherapy response. *Drug and Alcohol Dependence.* 2022;232:109257.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109257>
 38. Votaw VR, Witkiewitz K. Motives for Substance Use in Daily Life: A Systematic Review of Studies Using Ecological Momentary Assessment. *Clinical Psychological Science.* 2021;9(4):535–562.
<https://doi.org/10.1177/2167702620978614>
 39. West R. EMCDDA Insights Series n° 14. Models of addiction. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2013.
<https://data.europa.eu/doi/10.2810/99994>
 40. West R, Michie S. A brief introduction to the COM-B Model of behaviour and the PRIME Theory of motivation. *Qeios.* 2020.
<https://doi.org/10.32388/WW04E6>
 41. 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.
<https://doi.org/10.1111/acer.14183>
 42. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1983;67(6):361–370.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

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

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» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 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, 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: ksenia@med122.com

Крупницкий Евгений Михайлович — доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе и руководитель отдела 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 ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Email: krueator@gmail.com

Поступила 13.09.2023

Received 13.09.2023

Принята в печать 10.11.2023

Accepted 10.11.2023

Дата публикации 20.12.2023

Date of publication 20.12.2023