

ОБЗОРЫ

© Федотов И.А., 2014
УДК 616.89-008

**МОТИВАЦИИ И ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ
ВОЗДЕРЖАНИЯ ОТ ПРИЕМА АЛКОГОЛЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

И.А. ФЕДОТОВ

Рязанский государственный медицинский университет им.акад. И.П. Павлова,
г. Рязань (1)

**MOTIVATIONS AND PSYCHODINAMIC MECHANISMS OF ABSTINENCE
FROM ALCOHOL INTAKE (LITERATURE REVIEW)**

I.A. FEDOTOV

Ryazan State I.P. Pavlov Medical University, Ryazan

В статье приводится обзор современных литературных данных о механизмах и мотивациях к воздержанию от приема алкоголя как у первичных абстинентов, так и у страдающих алкогольной зависимостью (при спонтанных и терапевтических ремиссиях).

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, мотивация.

This article presents a literature overview of current data about mechanisms and motivations to abstain from alcohol intake by primary abstainers and peoples suffering from alcohol addiction (in cases of spontaneous and therapeutic remission).

Keywords: alcohol addiction, remission, motivation.

Алкогольная зависимость (АЗ) сохраняет свою актуальность для здравоохранения России и всего мира [10]. В этой связи всестороннее ее изучение остается одним из приоритетов медико-биологических исследований. В настоящее время внимание ученых стал привлекать подход «от обратного», который заключается в изучении клинико-психологических особенностей людей, сознательно отказывающихся от употребления алкогольных напитков [7, 14]. Таких людей принято называть «абстинентами», причем нам кажется целесообразным подразделять их на первичных, которые никогда не страдали АЗ, и вторичных, которые перестали употреблять алкоголь при имеющихся симптомах АЗ в прошлом. Вторичная абстиненция, возникшая в результате медицинского вмешательства, представляет собой терапевтическую ремиссию (ТР), а возникшая самостоятельно-спонтанную ремиссию (СР). Целью данной работы стал анализ литературных данных о мотивациях и психодинамических механизмах, приводящих к формированию воздержания от приема алкогольных напитков.

Мотивации к воздержанию у первичных абстинентов

Одним из самых интригующих является вопрос о причинах отказа первичных абстинентов от приема алкоголя, особенно в таких странах как Россия, где они составляют абсолют-

ное меньшинство. Так, по данным ВОЗ, количество лиц в России, не употребляющих алкоголь, ниже средних мировых показателей: в среднем в мире не употребляет алкоголь 54,1 % населения, при этом среди женщин – 63,2%, среди мужчин – 45,4%; в России эти показатели составляют 41%, 50,7% и 29 % соответственно [4].

Э.Е. Бехтель (1986) классифицировал данные причины следующим образом:

1. Биологическая непереносимость алкоголя (извращение психотропного действия, непереносимость как пищевого продукта, появление выраженных соматических нарушений после приема алкоголя);

2. Ухудшение общего здоровья (наличие тяжелых соматических заболеваний, препятствующих употреблению алкоголя);

3. Установочное поведение (отвращение к алкоголю в связи с негативным опытом воспитания в семье зависимого от алкоголя, воспитание в пуританских условиях, религиозные мотивы).

Зарубежные авторы приводят несколько иные пропорции: в крупном мультикультуральном исследовании Bernard S. et al. (2009) было показано, что причины отказа от употребления алкоголя различаются и особенно вариативны они в странах с преобладанием абстинентов. Наиболее частыми мотивами к воздержанию в странах с низким уровнем АЗ стали

«религиозное табу», «страх перед развитием алкогольной зависимости», «высокая стоимость алкоголя». В странах же с традиционно высоким уровнем употребления алкоголя основная причина воздержания формулировалась в виде утверждения «не нравится эффект». Среди женщин-абстинентов основными ответами были: «нет интереса к алкоголю», «не нравится вкус», причем они имели эту отрицательную установку изначально. Среди мужчин: «религиозное табу», «страх перед развитием алкогольной зависимости», «негативное влияние на работоспособность и активность», причем они начинали воздерживаться после негативного личного опыта. Для молодых людей достоверной стала связь с нормативными установками («нет интереса», «не нравится вкус», «дорого стоит») и негативным опытом («от алкоголя возникают проблемы»).

В мета-анализе американских ученых было показано, что давление социума играет очень важную роль и личностные факторы часто оказываются на втором плане [17]. К такому же выводу приходят и исследователи, оценивающие устоявшееся социальное мнение (socialprototypes) об абстинентах в странах с традиционным употреблением алкоголя (Шотландия, Великобритания) [15]. Показано, что к абстинентам-мужчинам применяются неприятные эпитеты «слабые, как женщины, замкнутые», в то время как

к лицам, употребляющим алкоголь, относятся более уважительно и называют их «жесткими и сильными». В отношении женщин корреляция полностью противоположная, что показывает наличие двойных стандартов в общественном мнении. При этом граница понимания различий между умеренно пьющим и «пьяницей» в общественном мнении очень размыта, в то время как абстинент явно выделяется из общей когорты как «белая ворона».

Заслуживают внимания работы, оценивающие выбор трезвеннического образа жизни как проявление копинг-стратегий, т.е. когнитивного и эмоционального способа совладания со стрессовой ситуацией и внутренней тревожностью. В отечественной работе Кравцовой и Великановой (2010) показано, что АЗ развивается как проявление неадаптивной копинг-стратегии «компенсация», в то время как копинг-стратегия «религиозность» является фактором, сдерживающим прием алкоголя. В работе WattenR.G. (1996) показано, что у абстинентов по сравнению с умеренно пьющими людьми выше частота использования копинг-механизма репрессии, аффект-ингибирования и амбивалентной пассивности, что проявляется отрицанием враждебности, твердым контролем импульсов и социальной конформностью, что, в целом, снижает уровень их социализации.

Среди биологических механизмов, определяющих предрасположен-

ность к развитию зависимости от алкоголя, наиболее исследованной является связь между дефектами у азиатов в аллелях генов ALDH2, ADH2, ADH3, которые кодируют, соответственно, альдегиддегидрогеназу и алкогольдегидрогеназу, и приводят к возникновению флэш-реакции за счет накопления в крови избыточных количеств ацетальдегида [18].

Механизмы формирования спонтанных ремиссий

На основе анализа литературных данных можно выделить 4 типа спонтанных ремиссий на основании механизмов их формирования: психогенные (связанные с появлением невротических, аффективных или психотических психических расстройств на фоне или в результате злоупотребления алкоголем), соматогенные (связанные с появлением тяжелого соматического заболевания, часто жизнеугрожающего), вынужденные (связанные с нахождением в среде, где нет доступа к алкогольным напиткам) и связанные с прочими причинами.

Одним из наиболее частых причин возникновения СР является появление или обострение психиатрической симптоматики из круга пограничных нервно-психических расстройств (психогенный вариант). Так, в своем масштабном исследовании Ковалев А.А. (1998), рассматривал особенности формирования и течения АЗ на фоне психогенных заболеваний,

и показал, что при таком сочетании клиника АЗ характеризуется большей тяжестью и высокой прогрессивностью. При появлении обсессивно-компульсивной симптоматики ипохондрического содержания (кардиофобии, танатофобии, канцерофобии и пр.), особенно сопровождающейся нейро-циркуляторными кризами, может наблюдаться полный отказ от приема алкоголя. В своей диссертационной работе Д.Б. Цыганков (2009) углубил понимание о коморбидности тревожных расстройств и АЗ, доказав, что существует группа людей, у которых возникновение панической атаки в абстинентный период вызывает формирование ригидной ипохондрии и стойкой длительной ремиссии АЗ на фоне непрерывнотекущего панического расстройства. Для этих людей характерно такие личностные черты как ипохондричность, мнительность, склонность к фиксации на неприятных переживаниях, чаще всего они используют такие психологические защиты как подавление и интеллектуализация.

Помимо приведенного выше тревожно-фобического варианта Конышев А.С. (2011) описал еще два варианта СР невротического уровня: депрессивный, при котором ремиссия является неустойчивой, установка на трезвость формальной и преобладает дистимический тип темперамента, и психоорганический, в котором преобладают пациенты с формальной уста-

новкой на трезвость, высокопрогредиентным течением АЗ и застревающим типом темперамента. Клиническая картина АЗ в случаях сочетания с посттравматическим стрессовым расстройством характеризуется большей тяжестью по сравнению с таковой при АЗ без коморбидной патологии и не провоцирует формирование СР [1].

Соматогенный вариант СР связан с возникновением жизнеугрожающих соматических заболеваний, связанных с употреблением алкоголя (например, инфаркт миокарда или эпилептический припадок в абстинентный период, острый панкреатит и др.), или исключающих возможность алкоголизации после их появления. Необходимо отметить, что ремиссия в такой ситуации возникает не всегда. Например, даже после трансплантации печени по поводу алкогольного цирроза, 37% пациентов возвращаются к употреблению алкоголя, несмотря на подписанный «антиалкогольный контракт» [16].

Изучению вынужденных ремиссий посвящена работа О.Б. Бесединой (2007), которая описала три этапа становления СР в условиях пенитенциарных учреждений. Первый этап длился в течение одного года и проявлялся обострением патологического влечения к алкоголю, непсихотической депрессивной симптоматикой и субстанционной формой аддиктивного поведения. Второй продолжался с одного до трех лет и сопровождался

сглаживанием психопатологической симптоматики и формированием несубстанционной формы аддиктивного поведения. Третий этап начинался после трехлетнего периода воздержания редукцией аффективных расстройств, появлением устойчивой установкой на трезвость, положительными намерениями изменить образ жизни в будущем, разнообразными видами занятий. Из приведенного описания видно, что в вынужденных условиях становление ремиссии происходит намного дольше и сложнее, чем после терапевтического вмешательства.

Среди прочих причин, приводящих к появлению СР, можно выделить угрозу разрушения семьи или потери работы, смерть близкого или собутыльника от алкоголя [5], какое-то экстраординарное событие, оказавшее сильное субъективное влияние на человека и т.п.

Суммируя вышеуказанные механизмы необходимо отметить, что СР не может возникнуть без весомых на то психологических причин, которые смогли бы «сместить» привычные динамические стереотипы аддиктивного поведения в новом направлении. Наиболее часто такой «силой» является экзистенциальный кризис и «соприкосновение со смертью», что дает людям новые силы для жизни.

Причины обращения за наркологической помощью при терапевтических ремиссиях

Основными субъективными причинами, вызывающими отказ от употребления алкоголя и обращение за наркологической помощью, являются ухудшение состояния здоровья и опасения за свою жизнь (часто после перенесенных тяжелых соматических заболеваний), смерть кого-то из близких от алкоголя и угроза социальной катастрофы (распад семьи, увольнение с высокооплачиваемой работы и т.п.). В пожилом возрасте причиной отказа может служить отсутствие эйфоризирующего действия и снижение влечения на третьей стадии АЗ [5]. При изучении мотивационной сферы зависимых от алкоголя, были выделены следующие биопсихосоциальные факторы, играющие основную роль в формировании желания пациента получить наркологическую помощь: позднее начало болезни, умеренная тяжесть проявлений, наличие критического отношения к своему состоянию, положительный опыт от предыдущего обращения за наркологической помощью (продолжительная ремиссия в анамнезе), сохранность когнитивных возможностей (понимание связи между употреблением спиртных напитков и социальными проблемами). При прочих равных условиях лучшие результаты лечения отмечались у женщин в силу их большей ориентации на социальный статус [6].

Заключение

Из приведенного обзора литературы можно заключить, что трезвость

является не менее многогранным и неоднозначным биопсихосоциальным явлением, чем АЗ. При рассмотрении соотношения трезвость-зависимость на широком популяционном уровне формируется несколько другая картина, чем при узком взгляде только на клинический контингент пациентов. В этой связи некоторые современные авторы предлагают пересмотреть глубоко медицинский взгляд на АЗ как на хроническое психическое заболевание, расширив его многообразием переходных субклинических состояний [7, 14].

Литература

1. Агибалова Т.В. Особенности формирования, течения и терапии зависимости от алкоголя у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством / Т.В. Агибалова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – № 6. – С. 33-38.
2. Беседина О.Б. Ремиссии при алкогольной зависимости у осужденных в условиях пенитенциарных учреждений: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.Б. Беседина. – Томск, 2007.
3. Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем / Э.Е. Бехтель. – М.: Медицина, 1986. – 272 с.
4. Всемирная организация здравоохранения [Офиц. сайт]. – URL: <http://www.who.int/ru/> (дата обращения: 20.10.2013).

5. Гофман А.Г. Ремиссии у больных алкоголизмом / А.Г. Гофман // Вопросы наркологии. – 2013. – №4. – С. 110-118.
6. Громыко Д.И. Уровни мотивации к лечению и их зависимость от клинико-психологических характеристик больных алкоголизмом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.И. Громыко. – Санкт-Петербург, 2002.
7. Зобин М.Л. Алкогольная зависимость как хроническое рецидивирующее заболевание – универсальная концепция? / М.Л. Зобин // Наркология. – 2013. – № 5. – С. 71-80.
8. Ковалев А.А. Клиника, дифференциально-диагностические критерии, лечение и профилактика алкоголизма, сформировавшегося на фоне психогенных заболеваний: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.А. Ковалев. – М.: НИИ наркологии Минздрава РФ, 1998.
9. Конищев А.С. Клинические особенности ремиссий невротического уровня у больных алкоголизмом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.С. Конищев. – М., 2011. – 27 с.
10. Кошкина Е.А. Проблемы распространенности болезней зависимости и основные направления совершенствования наркологической помощи в России / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова // Вопросы наркологии. – 2013. – № 6. – С. 10-26.
11. Кравцова Т.В. Стратегии совладающего поведения у женщин молодого возраста с разными формами донологического потребления алкоголя / Т.В. Кравцова, Л.П. Великанова // Вопросы наркологии. – 2010. – № 1. – С. 10-18.
12. Цыганков Д.Б. Клинико-психологические особенности больных с паническими расстройствами в структуре алкогольной болезни и дифференцированные стратегии их терапии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Д.Б. Цыганков. – М., 2009. – 47 с.
13. «I have no interest in drinking»: a cross-national comparison of reasons why men and women abstain from alcohol use / S. Bernards [et al.] // Addiction. – 2009. – №10. – P. 1658-1668.
14. Cunningham J.A. Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder? / J.A.Cunningham, J. McCambridge // Addiction. – 2012. – № 107. – P. 6-12.
15. Associations between abstainer, moderate and heavy drinker prototypes and drinking behaviour in young adults / B.V. Lettow [et al.] // Psychol. Health. – 2013. – №2. – P. 33-36.
16. An 'alcohol contract' has no significant effect on return to drinking after liver transplantation for alcoholic liver disease / S. Masson [et al.] // Transpl. Int. – 2014.
17. Treno A.J. The difference context makes: Americans' views on abstinence and impairment / A.J. Treno, M.Hennessy // Br. J. Addict. – 1992. – № 10. – P. 1445-1456.

18. The genetics of substance dependence / J.C. Wang [et al.] // Annu. Rev. Genomics. Hum. Genet. – 2012. – № 13. – P. 241-261.

19. Watten R.G. Coping styles in abstainers from alcohol / R.G. Watten // Psychopathology. – 1996. – № 6. – P. 340-346.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Федотов Илья Андреевич – ассист. кафедры психиатрии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань.
E-mail: ilyafdtv@rambler.ru.