

Я. В. Колпаков, В. М. Ялтонский

КОГНИТИВНЫЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ МОТИВАЦИИ НА ЛЕЧЕНИЕ У ЖЕНЩИН, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ

В статье описаны основные результаты изучения когнитивных и поведенческих предикторов мотивации на лечение в выборке из 150 женщин, зависимых от алкоголя. В клинически однородной выборке были выделены 3 группы с разной мотивацией на лечение — негативной, амбигентно-амбивалентно-неустойчивой и позитивной. Для каждой группы выявлены определенные особенности когнитивных (признание болезни, амбигентно-амбивалентное отношение к болезни, общая самоэффективность, самоэффективность воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем) и поведенческих (стратегии совладающего с болезнью поведения, настойчивость в достижении цели лечения, связанной с полным отказом от употребления алкоголя) предикторов мотивации на лечение. Эти особенности могут быть мишенями дифференцированной психотерапии женщин, зависимых от алкоголя.

Ключевые слова: зависимость от алкоголя, мотивация на лечение, когнитивные предикторы, поведенческие предикторы.

In article are described main results of the study cognitive and behavior predictors of treatment motivation beside 150 women with alcohol addiction are described. 3 level-groups were chosen: with negative, with ambivalent-ambivalent-unstable and with positive levels of treatment motivation. For each level-group of treatment motivation typical determined particularities cognitive and behavior predictors of treatment motivation: the recognition of disease, the ambivalent-ambivalent relation to disease, the general self-efficacy, the alcohol abstinence self-efficacy, coping-strategy and the persistence in achievement of the purpose of treatment activities are revealed. These predictors can be targets of psychotherapy of the women with alcohol addiction.

Key words: alcohol addiction, treatment motivation, cognitive predictors, behavior predictors.

Колпаков Ярослав Витальевич — аспирант кафедры клинической психологии ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава», научный сотрудник отделения анализа и внедрения профилактических и реабилитационных программ отдела профилактических исследований ФГУ «Национальный научный центр наркологии Росздрава». *E-mail:* kolpakov_jv@mail.ru

Ялтонский Владимир Михайлович — докт. мед. наук, профессор кафедры клинической психологии ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава», руководитель отдела профилактических исследований ФГУ «Национальный научный центр наркологии Росздрава». *E-mail:* yaltonsky@mail.ru

Проблема. Эпидемиологические исследования показывают, что распространенность алкоголизма в России продолжает расти. По последним данным, соотношение женщин и мужчин, зависимых от алкоголя, составляет 1:5, при этом отмечается тенденция к увеличению доли женщин среди всех лиц, зависимых от алкоголя, — примерно на 2% в год (Кошкина, Киржанова, 2009).

Многие исследователи подчеркивают тяжелое течение болезни и крайне негативные последствия злоупотребления алкоголем женщинами (длительность запоев, тяжелый абстинентный синдром, кратковременность и неустойчивость ремиссий, глубокая степень алкогольной деградации, тяжелая патология нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной и репродуктивной систем и т.д.) (Альшутлер, Иванец, Кравченко, 2006; Гузиков, Мейроян, 1988; Кравченко, 2006; Цыганков, Овсянников, Кручинская, 2007; Devaud, Prendergast, 2009).

Проблема злоупотребления алкоголем женщинами представляет угрозу в первую очередь демографической ситуации в России. Это обуславливает необходимость подробного изучения феномена зависимости от алкоголя у женщин в аспекте совершенствования оказания им наркологической, психотерапевтической и психологической помощи.

Лечение лиц, зависимых от алкоголя, осуществляется по принятым в отечественной наркологии стандартам (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 апреля 1998 г. № 140 «Об утверждении стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных»). Оно представляет собой сложный и многогранный процесс, цель которого — достижение устойчивой и длительной ремиссии, т.е. полного отказа от употребления алкоголя (Иванец, Винникова, 2008). Эти стандарты недостаточно учитывают психологические особенности лиц, зависимых от алкоголя. Важнейшая роль среди этих особенностей принадлежит мотивационным процессам, среди которых мотивация изменения аддиктивного поведения, мотивация злоупотребления психоактивными веществами и отказа от их употребления, мотивация на лечение и т.д. (Ялтонский, 2009).

Методологическая опора на работы Л.С. Выготского (1983), А.Н. Леонтьева (1977), А.Р. Лурии (1969) позволила исследовать феномен мотивации.

Предприняты клинико-психологические исследования мотивации. Уделяется внимание нейропсихологическим и психофизиологическим аспектам нарушения мотивации (Лурия, 1969; Sinz, Rozenzweig, 1983), мотивации в норме и при психической патологии (Зейгарник, 1986; Коченов, Николаева, 1978; Соколова, 1976; Varch, 2008). Описываются психологические особенности криминальной мотивации (Антонян, Гульдман, Кудрявцев, 1986; Сафуанов, 2002; Turvey, 2001), мотивации террористической деятельности (Зинченко, Сурнов, Тхостов, 2007;

Horgan, 2005), мотивации лиц, зависимых от алкоголя (Братусь, 1974). В.В. Николаева (1987, 2009) выделяет мотивационный уровень внутренней картины болезни (ВКБ), характеризуя его как личностный смысл болезни и ее последствий, который сопровождается изменением поведения, образа жизни и актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья. А.Ш. Тхостов и К.Г. Сурнов так же подчеркивают, что лечение «без личного усилия, без осознания смысла совершаемого действия вредит здоровью» (2005, с. 94).

Анализ ряда классических и современных концепций ВКБ (Николаева, 1987, 2009), теории самодетерминации (Deci, Ryan, 1985), теории самоэффективности (Bandura, 1997), транстеоретической модели изменения поведения по стадиям (Prochaska, DiClemente, 1992) и теорий мотивации достижения (Гордеева, 2002; Современная..., 2002; Хекхаузен, 1986) позволил предложить интегративную теоретическую модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ (Ялтонский, 2009).

Согласно данной модели лечение рассматривается как особый вид деятельности пациента, направленный на достижение определенного результата, а мотивация на лечение (МЛ) — как мотивация достижения результата деятельности. МЛ представляет собой динамическое многоуровневое образование, имеющее сложную многомерную структуру, являющуюся производным компонентом мотивационного уровня ВКБ. МЛ отражает когнитивные стадии готовности к изменению зависимого поведения, возможные переходы в процессе интернализации от регуляции зависимого поведения с помощью внешних факторов к саморегуляции, от внешней к внешне-внутренней МЛ и обратно. МЛ — это побуждение личности, заинтересованность человека в том, чтобы включиться в процесс лечения, продолжать участвовать в нем и быть приверженным определенной стратегии изменения поведения, связанного с болезнью.

МЛ лиц, зависимых от психоактивных веществ, может иметь три уровня (негативный, амбивалентно-амбивалентно-неустойчивый и позитивный) и сложную структуру, включающую ценностно-смысловые, эмоциональные, когнитивные и поведенческие компоненты (предикторы), прогнозирующие МЛ зависимости от психоактивных веществ. Направленное психотерапевтическое воздействие на указанные предикторы может повысить МЛ (Ялтонский, 2009).

Исследование когнитивных и поведенческих предикторов мотивации на лечение у женщин, зависимых от алкоголя

К когнитивным предикторам МЛ относятся признание болезни, амбивалентно-амбивалентное отношение к болезни, общая самоэффективность и самоэффективность воздержания от употребления

алкоголя в ближайшем будущем; к поведенческим — стратегии совладающего с болезнью поведения и настойчивость в достижении цели лечения, связанной с полным отказом от употребления алкоголя.

Цель исследования — выявление особенностей указанных когнитивных и поведенческих предикторов при разных уровнях МЛ.

Характеристика выборки. Было обследовано 150 женщин в возрасте 25—55 лет (средний возраст 42.2 ± 13.3 года) с диагнозом «синдром зависимости от алкоголя, вторая (средняя) стадия, псевдозапойная форма, среднепрогредиентное течение» (F10.2 по МКБ-10), проходивших лечение в филиале Наркологической клинической больницы № 17 Департамента здравоохранения г. Москвы. Обследование проводилось на 12—16-е сутки лечения после купирования соматических и психопатологических симптомов синдрома отмены. Все испытуемые подписывали информированное согласие на проведение обследования. Диагноз заболевания устанавливался квалифицированным психиатром-наркологом.

33% испытуемых имели высшее образование, 52% — неоконченное высшее или среднее специальное, 15% — среднее; 52% испытуемых работали, 48% — нет. 65% испытуемых состояли в браке, 22% — были в разводе, 13% были одинокими или вдовами; 90% испытуемых имели детей. Из всех испытуемых, имевших детей, у 63% был один ребенок, у 22% — двое детей, у 5% — трое и более детей.

Методики

Для определения уровня МЛ использовалась «Шкала оценки изменений Университета Род-Айленд» (*URICA*) (McConaughy, Prochaska, Velicer, 1983) в адаптации В.М. Ялтонского.

Для изучения когнитивных и поведенческих предикторов МЛ использовались «Шкала готовности к изменению и стремления к лечению» (Miller, Tonigan, 1996) в адаптации В.М. Ялтонского, «Шкала общей самооффективности» Р. Шварцера и М. Ерусалема в адаптации В.Г. Ромека (Шварцер, Ерусалем, Ромек, 1996), «Опросник самооффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем» (Goldbeck, Myatt, Aitchison, 1997) в адаптации В.М. Ялтонского и «Опросник способов совладания» Р.С. Лазаруса и С. Фолькман в адаптации Т.Л. Крюковой (2007).

Статистическая обработка проводилась с использованием программы SPSS 15 © 2008 SPSS Inc. Применялись процедуры дескриптивного анализа и оценки значимости различий по критерию U Манна—Уитни. Достоверность определялась на уровне $p < 0.05$.

На первом этапе исследования из клинически однородной выборки женщин, зависимых от алкоголя, при помощи методики *URICA* были выделены 3 группы: Г1 — с негативной МЛ, Г2 — с амбивалентно-

амбивалентно-неустойчивой МЛ и ГЗ — с позитивной МЛ. На втором этапе в этих группах с помощью одних и тех же методик изучались особенности когнитивных и поведенческих предикторов МЛ.

Результаты

В табл. 1 приводятся данные о показателях когнитивных предикторов МЛ в трех группах женщин, зависимых от алкоголя. Показатели признания болезни и амбивалентно-амбивалентного отношения к болезни приводятся в децилах; показатели общей самоэффективности, самоэффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем — в баллах. Из табл. 1 видно, что в группе 1 (с негативной МЛ) очень слабо выражены показатели признания болезни и амбивалентно-амбивалентного отношения к болезни. Показатель общей самоэффективности резко повышен, а показатели самоэффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем снижены. Среди последних наиболее выражен компонент «Трудность воздержания», а наименее — «Понимание риска рецидива». В группе 2

Таблица 1

Показатели когнитивных предикторов мотивации на лечение в трех группах (Г1, Г2, Г3) женщин, зависимых от алкоголя

Когнитивный предиктор		Г1	Г2	Г3	Значимость различий
Признание болезни		36.12±7.34	58.38±10.06	63.71±9.57	Г1–Г2 p<0.01 Г1–Г3 p<0.01 Г2–Г3 незн.
Амбивалентно-амбивалентное отношение к болезни		29.63±5.21	73.26±6.29	49.16±7.33	Г1–Г2 p<0.01 Г1–Г3 p<0.01 Г2–Г3 p<0.01
Общая самоэффективность		34.16±4.87	16.08±5.56	17.89±5.72	Г1–Г2 p<0.01 Г1–Г3 p<0.01 Г2–Г3 незн.
Самоэффективность воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем	Желание воздержания	2.67±0.76	2.84±0.63	5.97±0.74	Г1–Г2 нет Г1–Г3 p<0.05 Г2–Г3 p<0.05
	Необходимость воздержания	2.72±0.85	3.17±0.98	5.24±0.47	Г1–Г2 незн. Г1–Г3 p<0.05 Г2–Г3 p<0.05
	Трудность воздержания	3.55±0.64	3.64±0.69	5.36±0.87	Г1–Г2 незн. Г1–Г3 p<0.05 Г2–Г3 p<0.05
	Желание помощи от других	2.55±0.83	3.04±0.53	6.28±0.15	Г1–Г2 незн. Г1–Г3 p<0.05 Г2–Г3 p<0.05
	Понимание риска рецидива	1.69±0.56	4.22±0.95	6.07±2.13	Г1–Г2 p<0.01 Г1–Г3 p<0.01 Г2–Г3 p<0.05

(с амбигуэтно-амбивалентно-неустойчивой МЛ) резко выражен показатель амбигуэтно-амбивалентного отношения к болезни. Показатель общей самооффективности, наоборот, резко снижен. Показатели самооффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем также снижены: наиболее выражен компонент «Понимание риска рецидива», а наименее — «Желание воздержания». В группе 3 (с позитивной МЛ) очень выражен показатель признания болезни. Показатель общей самооффективности, наоборот, снижен, а показатели самооффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем немного повышены. Наиболее выражен компонент «Желание помощи от других при воздержании», а наименее — «Необходимость воздержания».

В табл. 2 приводятся данные о показателях поведенческих предикторов МЛ в трех группах женщин, зависимых от алкоголя. Показатели

Таблица 2

Показатели поведенческих предикторов мотивации на лечение в трех группах (Г1, Г2, Г3) женщин, зависимых от алкоголя

Поведенческий предиктор		Г1	Г2	Г3	Значимость различий
Стратегии совладающего с болезнью поведения	Конфронтация	12.37±3.02	10.01±2.54	9.03±3.12	Г1—Г2 p<0.05 Г1—Г3 p<0.05 Г2—Г3 неzn.
	Дистанцирование	11.64±3.13	10.47±3.08	8.59±2.33	Г1—Г2 неzn. Г1—Г3 p<0.05 Г2—Г3 p<0.05
	Бегство-избегание	13.11±3.42	12.68±2.03	9.81±2.79	Г1—Г2 неzn. Г1—Г3 p<0.05 Г2—Г3 p<0.01
	Самоконтроль	9.08±2.69	11.02±3.65	11.83±3.48	Г1—Г2 p<0.05 Г1—Г3 p<0.05 Г2—Г3 неzn.
	Поиск социальной поддержки	7.39±2.88	8.33±2.47	13.72±2.71	Г1—Г2 p<0.05 Г1—Г3 p<0.05 Г2—Г3 p<0.01
	Принятие ответственности	5.03±2.56	6.29±2.38	7.88±1.73	Г1—Г2 p<0.05 Г1—Г3 p<0.05 Г2—Г3 неzn.
	Планирование решения проблем	8.43±2.53	9.74±2.73	12.12±3.07	Г1—Г2 p<0.05 Г1—Г3 p<0.01 Г2—Г3 p<0.01
	Положительная переоценка	8.27±2.82	9.65±2.87	11.87±4.07	Г1—Г2 p<0.05 Г1—Г3 p<0.05 Г2—Г3 p<0.05
Настойчивость в достижении цели лечения, связанной с полным отказом от употребления алкоголя		23.41±4.88	46.55±6.90	69.67±5.62	Г1—Г2 p<0.01 Г1—Г3 p<0.01 Г2—Г3 p<0.01

стратегий совладающего с болезнью поведения приводятся в баллах; показатель настойчивости в достижении цели лечения, связанной с полным отказом от употребления алкоголя, — в децилах. Из табл. 2 видно, что в группе 1 (с негативной МЛ) преобладают малоадаптивные стратегии совладания с болезнью «Бегство-избегание», «Конфронтация» и «Дистанцирование», адаптивные стратегии выражены слабо, а настойчивость в достижении цели лечения, связанной с полным отказом от употребления алкоголя, крайне мала. В группе 2 (с амбивалентно-амбивалентно-неустойчивой МЛ) отмечается противоречивое сочетание выраженной малоадаптивной стратегии совладания с болезнью «Бегство-избегание» и адаптивной стратегии «Самоконтроль». Настойчивость в достижении цели лечения, связанной с полным отказом от употребления алкоголя, выражена умеренно. В группе 3 (с позитивной МЛ) преобладают адаптивные стратегии совладания с болезнью «Поиск социальной поддержки», «Планирование решения проблем» и «Положительная переоценка», однако выражены показатели и малоадаптивных стратегий совладания с болезнью. Настойчивость в достижении цели лечения, связанной с полным отказом от употребления алкоголя, определена на очень высоком уровне.

Качественный анализ групповых особенностей испытуемых

Для женщин **группы 1** (с негативной МЛ) характерны следующие особенности. Они не склонны признавать наличие у них проблемы зависимости от алкоголя и не испытывают противоречивых чувств по отношению к своей болезни; при этом они сохраняют позитивную мотивацию на продолжение употребления алкоголя в будущем и убеждены, что полностью контролируют свою жизнь, способны справиться с любыми жизненными трудностями. По нашему мнению, это отражает иллюзорно-завышенную общую самооффективность этих женщин. Их МЛ является внешней, отражает побуждение к зависимости, идущее из социальной среды и реализуемое путем поощрения или угрозы наказания. Анализ особенностей самооффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем свидетельствует о том, что этим женщинам не свойственно желание воздерживаться от употребления алкоголя после лечения. Они не понимают его необходимости, не считают, что это трудная для них задача, так как не согласны с тем, что употребление алкоголя является основной проблемой в их жизни. Отрицание данной проблемы естественным образом приводит к отказу от помощи других при воздержании от употребления алкоголя и отсутствию понимания того, что даже однократное употребление алкоголя может вновь привести к срыву и рецидиву. Эти женщины участвуют в лечении формально, под внешним давлением, а любые попытки вовлечь

их в процесс лечения встречают сопротивление, агрессивное реагирование и конфронтацию. Стиль совладания с проблемами злоупотребления алкоголем избегающий, псевдоадаптивный.

Для женщин **группы 2** (самбитендентно-амбивалентно-неустойчивой МЛ) характерны следующие особенности. Уже начиная размышлять о своей проблеме, они частично признают ее наличие и испытывают крайне противоречивые чувства, колеблясь между желанием отказаться от употребления алкоголя и желанием продолжить его употребление; они не уверены в том, что будут справляться с жизненными трудностями, решать какие-либо проблемы без употребления алкоголя. Их поведение начинает регулироваться частично за счет интернализации социально одобряемых норм и правил, установок общества, связанных с употреблением алкоголя, однако подлинного осознания и принятия этих социальных норм не происходит. Женщины данной группы не имеют сильного желания воздерживаться от употребления алкоголя, не до конца понимают необходимость и трудность процесса воздержания, не видят надобности в помощи других людей. Тем не менее, уже имея опыт неоднократных срывов, они понимают риск возможного рецидива. Им свойственно использовать самый широкий и в тоже время очень противоречивый репертуар стратегий совладающего поведения. Испытывая желание избежать лечения, они пытаются справиться с собой и начать или продолжить его. Дистанцируясь от проблемы алкогольной зависимости, они надеются собраться с силами и спланировать возможность своего участия в лечении. Однако они не способны принять ответственное решение и начать продвижение в сторону здоровья. Доводы «против» прекращения алкоголизации никак не могут стать доминирующими в борьбе с доводами «за» ее продолжение.

Для женщин **группы 3** (с позитивной МЛ) характерны следующие особенности. Они признают, что у них есть проблема зависимости от алкоголя, испытывают относительно стойкое чувство необходимости решения этой проблемы, но не имеют соответствующих навыков или не знают, какими путями это можно делать. Эти женщины недостаточно уверены в том, что способны самостоятельно справляться с жизненными трудностями, но верят, что могут справиться с болезнью. Им свойственно выраженное желание воздерживаться от употребления алкоголя, понимание необходимости и трудности этого процесса, признание важности помощи других при воздержании. Их прежний опыт негативного лечения явно свидетельствует о риске возможного рецидива. Они склонны искать социальную поддержку в преодолении болезни, планировать возможности своего активного участия в лечении после выписки из стационара. Эти особенности выражаются в настойчивости, конкретных шагах и действиях, направленных на совладание с болезнью и включение в процесс лечения.

Выводы

1. В клинически однородной выборке женщин со средней стадией зависимости от алкоголя, проходящих стационарное лечение, выделяются группы с негативной, амбигуентно-амбивалентно-неустойчивой и позитивной мотивацией на лечение. Этим группам свойственны определенные особенности когнитивных и поведенческих предикторов мотивации на лечение.

2. Уровень негативной мотивации на лечение характеризуется слабым признанием проблемы алкоголизации и слабовыраженным амбигуентно-амбивалентным отношением к проблеме зависимости от алкоголя. Общая самооффективность иллюзорно завышена, а самооффективность воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем характеризуется низкой выраженностью. В поведении женщин этой группы преобладают дезадаптивные стратегии совладания с болезнью «Бегство-избегание», «Конфронтативный копинг» и «Дистанцирование» и фактически отсутствует настойчивость в достижении цели лечения.

3. Уровень амбигуентно-амбивалентно-неустойчивой мотивации на лечение характеризуется умеренным признанием проблемы и выраженным амбигуентно-амбивалентным отношением к проблеме зависимости от алкоголя. Общая самооффективность и самооффективность воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем характеризуются слабой выраженностью. Выявлено противоречивое сочетание дезадаптивных стратегий совладания с болезнью «Бегство-избегание» и «Дистанцирование» с адаптивными стратегиями «Самоконтроль» и «Положительная переоценка». Настойчивость в достижении цели лечения отражает свойственную этому уровню мотивации на лечение двойственность, противоречивость, непостоянство побуждений и чувств.

4. Уровень позитивной мотивации на лечение характеризуется выраженным признанием проблемы и умеренно выраженным амбигуентно-амбивалентным отношением к проблеме зависимости от алкоголя. Общая самооффективность снижена, а самооффективность воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем выражена высоко. Преобладают адаптивные стратегии совладания с болезнью «Поиск социальной поддержки», «Планирование решения проблемы», «Положительная переоценка» и «Самоконтроль». Настойчивость в достижении цели лечения отражает реальные шаги пациенток на пути к стойкой ремиссии.

5. Выявленные в ходе исследования уровни мотивации и соответствующие им особенности когнитивных и поведенческих предикторов мотивации на лечение могут быть мишенями дифференцированной психотерапии женщин, зависимых от алкоголя.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Альтшулер В.Б., Иванец Н.Н., Кравченко С.Л.* Женский алкоголизм: клинические аспекты. М., 2006.
- Антонян Ю.М., Гульдман В.В., Кудрявцев В.Н.* Криминальная мотивация. М., 1986.
- Братусь Б.С.* Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. М., 1974.
- Выготский Л.С.* Собр. соч.: В 6 т. М., 1982—1984.
- Гордеева Т.О.* Мотивация достижения: теории, исследования, проблемы / Под ред. Д.А. Леонтьева. М., 2002.
- Гузиков Б.М., Мейроян А.А.* Алкоголизм у женщин. Л., 1988.
- Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М., 1986.
- Зинченко Ю.П., Сурнов К.Г., Тхостов А.Ш.* Мотивация террориста // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 2007. № 2. С. 20—34.
- Иванец Н.Н., Винникова М.А.* Терапия наркологических заболеваний // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. М., 2008.
- Коченов М.М., Николаева В.В.* Мотивация при шизофрении. М., 1978.
- Кошкина Е.А., Киржанова В.В.* Деятельность наркологической службы и основные показатели заболеваемости в Российской Федерации в 2003—2008 гг. // Вопр. наркологии. 2009. № 5. С. 62—77.
- Кравченко С.Л.* Течение алкоголизма у женщин: роль терапии // Вопр. наркологии. 2006. № 4. С. 11—18.
- Крюкова Т.Л.* Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы. Кострома, 2007.
- Леонтьев А.Н.* Деятельность. Сознание. Личность. М., 1977.
- Лурия А.Р.* Высшие корковые функции человека. М., 1969.
- Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
- Николаева В.В.* Динамика ВКБ как показатель кризиса развития личности в условиях болезни // Психосоматика: телесность и культура: Учеб. пособие для вузов / Под ред. В.В. Николаевой. М., 2009.
- Сафуанов Ф.С.* Психологические механизмы криминальной агрессии: мотивационный аспект // Современная психология мотивации / Под ред. Д.А. Леонтьева. М., 2002.
- Современная психология мотивации / Под ред. Д.А. Леонтьева. М., 2002.*
- Соколова Е.Т.* Мотивация и восприятие в норме и патологии. М., 1976.
- Тхостов А.Ш., Сурнов К.Г.* Культура и патология: зависимости как побочные эффекты социализации // Психологические аспекты зависимостей / Под ред. А.Ш. Тхостова, С.П. Елшанского. М., 2005.
- Хекхаузен Х.* Мотивация и деятельность: В 2 т. / Под ред. Б.М. Величковского. М., 1986.
- Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., Кручинская Ю.Н.* О клинических особенностях сексуальных нарушений у женщин, больных алкоголизмом // Вопр. наркологии. 2007. № 1. С. 52—56.
- Шварцер Р., Ерусалем М., Ромек В.* Русская версия шкалы общей самоэффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема // Иностр. психология. 1996. № 7. С. 71—77.
- Ялтонский В.М.* Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ // Вопр. наркологии. 2009. № 6. С. 68—76.
- Bandura A.* Self-efficacy: The exercise of control. N.Y., 1997.
- Barch D.M.* Emotion, motivation and reward processing in schizophrenia spectrum disorders: What we know and where we need to go // Schizophr. Bull. 2008. Vol. 34. N 5. P. 816—818.

Deci E.L., Ryan R.M. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. N.Y., 1985.

Devaud L.L., Prendergast M.A. Introduction to the special issue of alcohol and alcoholism on sex/gender differences in responses to alcohol // *Alcohol and Alcoholism*. 2009. Vol. 44. P. 533—534.

Horgan J. The psychology of terrorism. L., 2005.

Goldbeck R., Myatt P., Aitchison T. End- of- treatment self-efficacy coping: a predictor of abstinence // *Addiction*. 1997. Vol. 92. N 3. P. 313—324.

McConaughy E.N., Prochaska J.O., Velicer W.F. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles // *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1983. Vol. 20. P. 368—375.

Miller W.R., Tonigan J.S. Assessing drinkers' motivations for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) // *Psychol. of Addictive Behav*. 1996. Vol. 10. N 2. P. 81—89.

Prochaska J.O., DiClemente C.C. Stages of change in the modification of problem behaviors // *Progress in behavior modification* / Ed. by M. Hersen, R.M. Eisler, W.M. Miller. Sycamore, PL, 1992. P. 184—214.

Sinz R., Rozenzweig M.R. Psychophysiology: Memory, motivation and event-related potentials in mental operations. N.Y., 1983.

Turvey B.E. Criminal motivation // *Criminal profiling: an introduction to behavioral evidence analysis* / Ed by B.E. Turvey. L., 2001.

Поступила в редакцию
10.11.09