МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ. М. ГОРЬКОГО

На правах рукописи

ПОБЕРЕЖНАЯ НАТАЛЬЯ ВИКТОРОВНА

УДК:616.89+613.816] – 07 -08 -084

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ (ПИВНОЙ) ЗАВИСИМОСТИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ (ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ)

14.01.06 – психиатрия

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Экземпляр идентичный всем существующим у ученого секретаря Диссовета Д 01.026.06

Научный руководитель:
заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМЕНИ М.ГОРЬКОГО д.мед.н., проф. Титиевский Сергей Владимирович

Ученый секретарь Коценко Ю.И.

Донецк 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ……. 5

РАЗДЕЛ 1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПИВНОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ……

1.1. Медико-социальные аспекты возникновения и распространения пивного алкоголизма среди лиц молодого возраста…… 16

1.2. Сомато-неврологические и психические изменения в организме человека при употреблении пива …… 23

1.3. Принципы и методы коррекции и профілактики при психических и поведенческих расстройствах у лиц молодого возраста, зависимых от приема пива и других алкогольных напитков……. 27

РАЗДЕЛ 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ …….

2.1. Методы исследования…… 33

2.2. Характеристика обследованного контингента и баз исследования……. 39

РАЗДЕЛ 3. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ УЧАЩИХСЯ ЛИЦЕЯ, ТЕХНИКУМОВ И КОЛЛЕДЖА, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПИВО…….

3.1. Особенности распространенности злоупотребления пивом среди учащихся лицея, техникумов и училища……. 43

3.2. Невротические расстройства у лиц молодого возраста, злоупотребляющих пивом……. 57

3.3. Психологические особенности учащихся техникумов, училищ и лицея при разных формах употребления пива……. 79

РАЗДЕЛ 4. КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПСИХИАТРИЧЕСКИМИ ДИАГНОЗАМИ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ АЛКОГОЛЬНОЙ (ПИВНОЙ) ЗАВИСИМОСТИ, ВКЛЮЧАЯ КОМОРБИДНУЮ НОЗОЛОГИЧЕСКУЮ АЛКОГОЛЬНУЮ ПАТОЛОГИЮ……. 92

РАЗДЕЛ 5. СИСТЕМА ЛЕЧЕБНО-КОРРЕКЦИОННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У БОЛЬНЫХ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ (ПИВНОЙ) ЗАВИСИМОСТИ…….

5.1. Медикаментозное лечение при невротических расстройствах у обследованных лиц молодого возраста 108

5.2. Рациональная психотерапия как базовая методика системы лечебно-коррекционных воздействий при невротических расстройствах у больных на разных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости 113

5.3. Семейная психотерапия в системе лечебно-коррекционных воздействий при невротических расстройствах у больных на разных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости... 120

5.4. Особенности психотерапии при депрессивных расстройствах у лиц молодого возраста на разных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости ……... 124

5.5. Особенности психотерапии при растройствах адаптации у лиц молодого возраста на разных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости ……. 129

5.6. Особенности психотерапии при неврастении у лиц молодого возраста на разных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости 132

5.7. Особенности психотерапии при тревожно-фобических расстройствах у лиц молодого возраста на разных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости ……. 135

5.8. Этапы реализации системы психопрофилактики и психокоррекции при невротических расстройствах на разных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости. 139

РАЗДЕЛ 6. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ ЛЕЧЕБНО-КОРРЕКЦИОННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ (ПИВНОЙ) ЗАВИСИМОСТИ

6.1. Сравнительная характеристика эффективности разных видов лечения подростков с невротическими расстройствами на фоне субклинического и нозологического употребления пива……... 145

ВЫВОДЫ……. 191

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ ……. 195

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ……. 196

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Социально-экономические и социально-психологические изменения, происходившие в нашем обществе в течение последних десятилетий, привели к ряду негативных тенденций, среди которых не последнее место занимает рост злоупотребления молодежи алкоголем, в частности, пивом и слабоалкогольными напитками (Барановский Н.А., 2012; Кошкина Е.А.,2011; Соколовская Т.А., 2014; Яковлев С.А.,2014).

На сегодня показатели потребления алкогольных напитков населением выросли до 12-15 л на человека в год, средний возраст первого приема алкоголя снизился, по данным разных авторов, до 10-14 лет(Гордеева С.С., 2015). 30% 12-летних детей уже пробовали или регулярно пьют пиво, а в 13-летнем возрасте удельный вес таких детей увеличивается вдвое, причем, каждый третий парень и каждая пятая девушка пьют каждые сутки (Шпаченко В.М., 2003; Скворцова Е.С., 2018). 40% подростков употребляют алкогольные напитки по крайней мере раз в месяц (Кислицина О.А., 2009). Есть данные о том, что 16% школьников, 25% воспитанников училищ и средних специальных учебных заведений, 33% студентов вузов злоупотребляют слабоалкогольными и крепкими алкогольными напитками (Шубникова Е. Г., 2016; Grant B.F. et al., 2017). По результатам социологического исследования «Состояние и причина здоровья подростков Украины» (проведенного детским фондом ООН ЮНИСЕФ, 2019), отмечается рост доли подростков, употребляющих пиво, с 37% в 5 классе до 82% в 11 классе. Таким образом, употребление алкоголя становится частью образа жизни современной молодежи, стереотипов его поведения.

Ухудшение социально-экономической ситуации, общая доступность пива, отсутствие после его употребления, в отличие от вина и крепких алкогольных напитков, значительных нарушений поведения, влияние

массированной рекламы и уверенность значительной части населения в безвредности этого напитка, являются основными факторами роста потребления пива подростками, негативно воздействующего на их здоровье (Анохина И.П., 2018; Азбарова А.А., Гофман А.Г., 2017; Сахаров А.В., Тимкина О.А., Говорин Н.В, 2018). Важное влияние на начало злоупотребления пивом лицами молодого возраста оказывают и его своеобразные приятные вкусовые качества, возможность легко утолять жажду, а также ряд его положительных фармакологических эффектов.

При этом, официальная статистика выглядит вполне положительно. По данным республиканского наркологического центра г. Донецка, наркологическая ситуация, связанная с употреблением подростками алкогольных напитков, имеет следующий характер: 2017 г.: диспансерная группа – 6 человек, профилактическая группа – 358 подростков; 2018 г.: диспансерная группа – 4 подростка, профилактическая группа – 182; 2019 г. – диспансерная – 3 человека, профилактическая группа – 198. При этом, диспансерную группу составляют подростки, которые уже имеют синдром зависимости при употреблении алкоголя, а профилактическую группу – подростки, употребляющие алкоголь с вредными последствиями. Вместе с тем, есть все основания полагать, что эти официально учтенные данные являются лишь "верхушкой айсберга". Распространение среди молодежи таких опасных явлений представляет угрозу для здоровья нации (Палачева Т.И., 2013; Подоплекин А.Н., 2013), приводит к проблемам с успеваемостью и работоспособностью подростков, развитию различных психических заболеваний, разрушает систему нравственных ценностей, способствует формированию у подростков таких черт характера, как лживость, лицемерие, лень, стремление приобрести блага нечестным путем.

Алкоголизм часто сочетается с другими психическими заболеваниями. По некоторым данным, показатель коморбидности достигает 78 % (Сахаров

A.H., 2018; Рощина О.В., 2018; Gilpin N.W., Weiner J.L, 2017; Chaudhury S., Saldanha D. et al., 2018).

Взаимоотношения невротических расстройств и злоупотребления алкоголем неопределенны. Одни авторы рассматривают алкоголизм как симптом невроза, другие, не разделяя такой точки зрения, склонны, тем не менее, считать, что алкоголизму часто предшествуют именно невротические расстройства, третьи предшествующей алкоголизму невротической предиспозиции отводят более скромную роль. Действие спиртного снимает субъективно трудные для больного неврозом симптомы (Ковалев А.А., 2005; Гордеева С.С., 2015, Дмитриева Т.Б.,2003). Поэтому при невротических расстройствах прием алкоголя далеко не всегда исключен, несмотря на последующие рефлексию и расстройство вегетативной регуляции в послеинтоксикационном периоде. Эти симптомы, известные больным, возникают и при обострении их основной, невротической, симптоматики. Поэтому некоторые больные регулярно, с различной частотой принимают малые дозы спиртного. Такое употребление, с опасением передозировки, по существу с лекарственной целью, может длиться годами. При этом, изначальная толерантность, будучи невысокой, способна увеличиваться в 2-3 раза, что является диагностически значимым фактором для I стадии алкоголизма (Иванец Н.Н. и др,. 2006; Кислицина О.А.,2009, Ваисов С.Б.,2008).

В клинической практике возрастает число случаев, когда возникновению невротической симптоматики предшествует алкоголизм. Невротическая симптоматика таких больных часто укладывается в картину кардиофобического или социофобического синдрома, хотя в «фасаде» синдрома имеется обилие вегетососудистых и диэнцефальных нарушений, которые часто затрудняют правильное понимание клиники таких больных. Их начинают лечить как соматических больных, подвергая многочисленным обследованиям (что, в свою очередь, способствует дополнительной

невротизации больного) или рассматривают вегетососудистые и диэнцефальные нарушения как следствие алкоголизма, в частности, абстинентного синдрома.

В литературе также имеются отдельные указания (Головко А.И.,2008; Брюн Е.А.,2018, Федорова С.С., 2014) на то, что переживания больных алкоголизмом, связанные с последствиями алкогольных эксцессов, могут служить причиной возникновения неврастении или других психогенных состояний.

Однако, несмотря на несомненную актуальность проблемы, имеющиеся исследования по данному вопросу являются разрозненными и противоречивыми. Довольно часто врачи разных специальностей из-за боязни постановки лиц молодого возраста на учет в наркологические диспансеры выписывают их из стационаров со "щадящими" диагнозами, в которых находит отражение лишь соматическая патология, а имеющий место пивной алкоголизм не учитывается. В результате, эти больные не получают квалифицированного комплексного и патогенетически обоснованного лечения.

Таким образом, в настоящее время вопросы, связанные с распространенностью, факторами риска, возрастной динамикой, клинико-патопсихологической структурой невротических расстройств на различных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости у лиц молодого возраста, остаются недостаточно изученными, что затрудняет создание эффективной системы профилактики и лечебно-коррекционных мероприятий при данной патологии.

Связь работы с научными программами, планами и темами.

Работа является фрагментом плановой научно –исследовательской работы кафедры психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» «Усовершенствование диагностики, лечения

и профилактики психических расстройств в клинике внутренних болезней и акушерстве и гинекологии» (номер госрегистрации 0109U008707, шифр работы УН 10.03.02). Автором выполнен раздел исследований по изучению особенностей невротических расстройств на разных стадиях формирования пивного алкоголизма у лиц молодого возраста, а также по разработке дифференцированного подхода к лечению, диагностике и профилактике данных расстройств.

Тема диссертации и научный руководитель утверждены на заседании ученого совета ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» (протокол №3 от 25 апреля 2019 года).

Цель исследования – на основе изучения невротических расстройств на различных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости с позиций системного подхода к их распространенности, клинической структуре, феноменологии и факторам риска возникновения в молодом возрасте разработать систему комплексных мер по профилактике и лечению при данных расстройствах.

Задачи исследования:

1. Изучить социально-демографические характеристики больных с наличием невротических расстройств, их распространенность и возрастную динамику на различных стадиях алкогольной (пивной) зависимости в молодом возрасте.
2. Проанализировать факторы повышенного риска возникновения невротических расстройств на различных стадиях алкогольной (пивной) зависимости у лиц молодого возраста.
3. Определить клинико-патопсихологические особенности невротических расстройств, связанных с различными стадиями алкогольной (пивной) зависимости у обследуемого контингента.

4. Выявить психологические особенности больных с наличием невротических расстройств на различных стадиях алкогольной (пивной) зависимости в молодом возрасте.
5. Разработать, внедрить и оценить эффективность системы психопрофилактических, лечебно-коррекционных мероприятий при невротических расстройствах на различных стадиях формирования алкогольной(пивной) зависимости.

Обьект исследования: невротические расстройства, связанные с различными стадиями формирования алкогольной (пивной) зависимости у лиц молодого возраста.

Предмет исследования: клинико-патопсихологические особенности невротических расстройств на различных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости в молодом возрасте.

Научная новизна полученных результатов:

Впервые на основании комплексного клинико-психопатологического и экспериментально-психологического исследований получены данные о распространенности, структуре, клинических особенностях и факторах риска формирования невротических расстройств на различных стадиях алкогольной (пивной) зависимости в молодом возрасте.

Впервые научно обоснована, разработана и оценена эффективность поэтапной системы лечебно-коррекционных и профилактических мероприятий при невротических расстройствах у лиц молодого возраста на различных стадиях пивной зависимости.

Теоретическая и практическая значимость работы.

Получены показатели распространенности и структуры невротических расстройств на различных стадиях алкогольной (пивной) зависимости у лиц молодого возраста, выявлены наиболее этиологически значимые стрессогенные факторы риска возникновения данных расстройств, и с целью

минимизации их действия разработана система психопрофилактических и психотерапевтических подходов.

Разработанная система ранней диагностики, профилактики и коррекции невротических расстройств на различных стадиях алкогольной (пивной) зависимости апробирована и внедрена для целевого практического использования в лицеи, профессионально-технические училища, медицинский колледж. Это позволило предотвратить развитие и уменьшить распространенность невротических расстройств на различных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости у лиц молодого возраста.

Результаты исследования внедрены в работу Республиканской клинической психиатрической больницы г. Донецка, наркологической службы Республиканского наркологического центра г. Донецка, используются в учебном процессе при проведении циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей-курсантов специальностей «Наркология», «Психиатрия» и «Психотерапия» кафедрой психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Методы исследования – клинико-анамнестический, клинико-эпидемиологический, клинико-психопатологический, психодиагностический, статистический.

Клинико-эпидемиологический метод использовался для установления особенностей распространенности употребления пива среди лиц молодого возраста, а также невротических психических расстройств среди обследованных, употребляющих пиво.

С помощью теста AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, разработанный рабочей группой ВОЗ, 1989) выявлялись нарушения, связанные со злоупотреблением алкоголем у лиц молодого возраста.

Клинико-психопатологический метод основывался на традиционном опросе, анализе психического состояния пациента, а также изучении динамики психопатологических проявлений в процессе наблюдения.

Психодиагностическое исследование больных проводили с помощью следующих методик: клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний (Яхин К.К., Менделевич Д.М., 1978), самоопросника для определения реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина (Шкала тревоги Спилбергера для подростков – State-Trait-Anxiety-Inventory for Children (STAIC)) (Spielberger Ch.D., 1973), русскоязычный вариант STAIC, шкал тревожности Спилбергера-Ханина (Ханин Ю.Л., 1976), методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга (Zung self-rating depression scale, 1965, адаптация Балашовой Т.И., 1998), теста «Дифференциальной самооценки функционального состояния САН» (Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Шарай В.Б., Мирошников М.П., 1973), «Модифицированного опросника для идентификации типов акцентуаций характера у подростков – МПДО» (модификация ПДО А.Е. Личко, 2010).

При проведении статистического анализа результатов исследования использовался пакет прикладных программ STATISTICA 6.0 для Windows.

Положения, выносимые на защиту:

1. Структура невротических расстройств на различных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости у лиц молодого возраста, учащихся техникумов, лицея и колледжа представлена клиническими диагнозами из группы F4: в структуре невротических расстройств у обследованных преобладает неврастения (F48.0 – 50%), второе место по распространенности занимают расстройства адаптации (F43.2 – 31,4%), а тревожные, фобические и обсессивно-компульсивные расстройства (F40 - F42) занимают по распространенности третье место – 20,2%. Основными клиническими проявлениями являются астено-невротические и тревожно-депрессивные симптомокомплексы.

2. У учащихся техникумов, лицея и колледжа основными факторами возникновения невротических расстройств, сопряженных с нозологической стадией пивной зависимости, являются: возраст 17-18 лет, неудовлетворительные материально-бытовые условия, проживание в селах или поселках, воспитание педагогами школ-интернатов, родственниками, не являющимися родителями либо братьями/сестрами, а также опекунами из-за лишения родителей прав на воспитание, дисгармоничные и конфликтные взаимоотношения в семье, не обеспечивающие потребности подростка в родительской любви и приводящие в дальнейшем к внутриличностному конфликту и психической дезадаптации. В частности, употребление подростком алкоголя часто обусловлено длительным эмоциональным напряжением, связанным с депривацией родительской любви, и является своеобразной формой психологической защиты, компенсирующей дефицит родительского тепла.

Воздействие и взаимодействие этих факторов сопровождается ростом нервно-психического напряжения у подростков, снижением их успеваемости и общей работоспособности.

3. Сравнение психодиагностических показателей у лиц молодого возраста, страдающих невротическими расстройствами на различных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости, и здоровых указывает на следующие существенные отличия, характеризующие нозологическое употребление алкоголя: увеличение показателя невротизации, снижение стрессоустойчивости, повышение показателей личностной тревожности и депрессии.

4. Комплексный дифференцированный подход к диагностике и лечению невротических расстройств у лиц молодого возраста на различных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости позволяет оценить развитие данных расстройств у учащихся средних специальных учебных заведений, своевременно выделить группу лиц с высокой вероятностью развития

указанной патологии и включить их в систему лечебно-коррекционных и психопрофилактических мероприятий.

5.Применение комплекса лечебно-коррекционных и психопрофилактических мероприятий существенно уменьшает выраженность невротических расстройств, что проявляется в нивелировании клинической симптоматики, улучшении психодиагностических показателей, социального взаимодействия, повышении психологической устойчивости.

Личный вклад соискателя. Диссертация является самостоятельным научным трудом соискателя. Автором при участии научного руководителя определены цель и задачи исследования, самостоятельно проведен патентный поиск и анализ современного состояния проблемы по данным научной литературы. Автором лично осуществлены тематический подбор больных, сбор, изучение, анализ и обобщение полученных данных. Соискателем самостоятельно произведен статистический анализ полученных данных, написаны все разделы диссертации, сформулированы ее основные положения, практические рекомендации, выводы.

Апробация результатов диссертации.

Апробация работы состоялась 19.11.2020 г. на заседании Апробационного семинара Диссертационного совета Д.01.026 при ГОО ВПО»Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького». Основные результаты работы были представлены на научно-практической конференции с международным участием «Современные проблемы социальной и судебной психиатрии и наркологии в период финансово-экономического кризиса и пути их решения» (г. Киев, 11-12 ноября 2010 г.), научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы клинической, социальной и судебной психиатрии в Украине» (г. Донецк, 19-20 апреля 2012 г.), областной научно-практической конференции «Актуальные вопросы наркологической службы на современном этапе» (г. Донецк, 2012 г.), областной научно-практической конференции «Современная

наркологическая служба Донецкой области» (Донецк, 2013 г.), Международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать болезнь» 14-15 ноября 2018 г., и Международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать болезнь» 14 -15 ноября 2019 г.

Степень достоверности полученных данных.

Все представляемые к защите данные и результаты являются подлинными и оригинальными и получены лично соискателем. По итогам проверки первичной документации (Акт проверки первичной документации от 15 декабря 2020года) установлено, что по характеру выборки, материалам и методам исследования результаты являются достоверными. Положения, изложенные в диссертации, базируются на полученных данных и соответствуют материалу, представленному в публикациях.

Публикации

Результаты диссертационной работы полностью изложены в 10 научных работах, из них 3 статьи в рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК ДНР, 6 статей в рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК Украины, 1 статья в научно-практическом медицинском издании Украины.

Структура и объем работы. Диссертационная работа изложена на 228 страницах компьютерного текста и состоит из 6 разделов, выводов, списка литературы. Работа содержит 51 таблицу и 5 рисунков. Список источников литературы составляет 263 наименования.

.

РАЗДЕЛ 1. МЕДИКО –СОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПИВНОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

1.1. Медико-социальные аспекты возникновения и распространения пивного алкоголизма среди лиц молодого возраста

Проблемы, связанные с последствиями злоупотребления пивом, привлекают к себе внимание все большего количества ученых, практических врачей (не только психиатров и наркологов, но и специалистов других специальностей), организаторов служб здравоохранения, государственных деятелей [54, 154]. Основанием для этого становятся рост распространенности пивного алкоголизма, его отрицательное влияние на работоспособность и социальные отношения, вместе со снисходительным отношением общества к его употреблению [8, 19,20, 28, 54, 91, 98, 100]. Особую тревогу специалистов вызывает «омоложение» пивного алкоголизма, поскольку подростковый возраст в онтогенезе является критическим в биологическом, психологическом и социальном аспектах [74, 77, 88, 133, 138, 227]. Кроме того, именно в этом возрасте закладываются основы образа жизни и ряда вредных привычек, которые существенно влияют на здоровье человека в течение его жизни [92,99,101, 148, 178]. Учитывая рост интереса к вопросам здоровья подростков, легко оценить актуальность исследования злоупотребления подростками пивом и его негативных последствий [112, 113, 114, 115]. Однако, исследование и решение этой проблемы осложняется как отсутствием единства во взглядах специалистов по данному вопросу в целом, так и достоверных эпидемиологических данных. Поэтому мы начнем с

анализа масштабов употребления алкогольных напитков, в частности, пива, молодежью [118].

По данным ВОЗ, употребление пива и слабоалкогольних напитков является достаточно распространенным среди детей и подростков [35, 46,92, 130, 131, 132]. Результаты опросов, проводившихся в общеобразовательных школах, показали, что большая часть учащихся 6-го класса уже не только попробовала спиртные напитки, но и покупала их, в том числе, вино, пиво и шампанское. К 8-му классу количество подростков, регулярно принимающих алкоголь, возрастает: 54% учащихся принимают алкоголь раз в месяц, 7% – 2 раза в течение месяца, при этом, 11% входят в группу риска по развитию алкоголизма, в т.ч., пивного [113]. До 11 класса приверженность подростков алкоголю увеличивается: 45% принимают его один раз в месяц, 20,8% – раз в две недели, 29% – не менее одного раза в неделю. 39% подростков 8-11-х классов употребляют алкоголь еженедельно [85]. Это серьезный повод для беспокойства, поскольку употребление алкогольных напитков с такой частотой вызывает развитие алкогольной зависимости. Лишь 4% учащихся ни разу не пробовали алкоголь [18, 29]. По данным другого исследования [4, 32, 36], 82% опрошенных подростков традиционно употребляли пиво и слабоалкогольные напитки, причем делал это регулярно (3 и более раз в месяц) каждый четвертый-пятый подросток. Прослежена возрастная тенденция увеличения доли молодежи, употребляющей пиво, начиная с 37% в возрасте 10-12 лет, и до 92% в 19-28 лет. Среди мужчин 27,4% впервые попробовали алкоголь (пиво) в возрасте 12-16 лет, а среди женщин – 45,8% в возрасте 19-28 лет. Приведенные данные подтверждают, что подростковый возраст является опасным периодом с точки зрения формирования привычки приема пива и уменьшения стессоустойчивости организма [7, 100, 249, 250]. Это серьезный повод для беспокойства, поскольку употребление алкогольных напитков с такой частотой вызывает развитие алкогольной зависимости [3, 9, 10, 129, 130, 133]. Данные международной организации ESPAD [1], которая

занимается исследованиями подростковых проблем (курение, наркомания, алкоголь), свидетельствуют о высоком уровне потребления алкоголя среди молодежи, а именно, среднее потребление алкоголя подростками в Европе составляет 57%, тогда как в Украине этот показатель колеблется на уровне 54%.

По данным Института социологических исследований Украины, алкогольные напитки, в т.ч., пиво, когда-либо употребляли 36% десятилетних детей, 49% и 54%, соответственно, одиннадцати- и двенадцатилетних, 78% – 14-летних, 85% – 15-летних. Большинство опрошенной молодежи 16 и 22 лет употребляли алкоголь (соответственно, 93% и 98%) [13, 146, 178, 260]. Исследованиями специалистов Национальной медицинской академии последипломного образования МЗ Украины им. П.Л. Шупика и Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины выявлено, что уже в семилетнем возрасте от 11% до 16% детей приобретают опыт употребления алкоголя в семьях в присутствии родителей (то есть, по их инициативе). По последним данным, относящимся к подросткам, девушки, в основном, начинают употреблять пиво несколько позже ребят, постепенно «догоняют» их в старших классах и по окончании средней школы [251]. Безусловно, объективные данные значительно выше официальных по причине сокрытия факта употребления алкоголя значительным количеством школьников (особенно девушек). По результатам исследований Украинского НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (2012 г.), 22% школьников и студентов средних и высших учебных заведений употребляют спиртные напитки практически каждый день или минимум несколько раз в неделю [93]. В исследовании И.А. Новиковой [105], проведенном в Российской Федерации, высокий уровень употребления пива выявлен у 35,5% подростков общеобразовательных школ, средний – еще у 45,2%. Среди школьников старших классов 80-90% уже иногда принимали алкоголь, больший опыт употребления алкоголя в подростковом возрасте имеют

девушки в сравнении с парнями, тогда как систематическое употребление алкоголя более присуще именно ребятам [228, 233]. Большая часть обследованных автором подростков (30,1%) употребляла алкоголь из-за возможности расслабиться, отвлечься от проблем [50,231]. Девочкам алкоголь чаще был нужен для того, чтобы освободиться от неуверенности в себе, тогда как ребятам он давал, по их мнению, легкость при общении со сверстниками. Ребята при выборе спиртных напитков отдавали предпочтение именно пиву, тогда как девушки – полусладким винам [158]. Обследованные потребители пива, относящиеся к подросткам и молодежи (15-20 лет), подтвердили, что 10-15% из них, кроме алкоголя, уже имеют опыт приема разных видов наркотиков [34, 49]. Обобщая вышеизложенное, можно утверждать, что уровень алкоголизации подрастающего поколения в значительной степени может быть своеобразным индикатором психического здоровья нации [226]. Омоложение алкоголизма за счет его ранних форм ухудшает ситуацию, тем более, что зависимость подростков чаще является полисубстантной – одновременно употребляются алкоголь, психоактивные и наркотические вещества [93, 109]. Сейчас наркологическая ситуация характеризуется доминированием химической, алкогольной и табачной аддикции, далее идут наркотики и другие ПАВ [64, 117, 141]. По данным ВОЗ, Украина занимает первое место по масштабам развития подросткового алкоголизма [13,108 125]. Существенный рост распространенности пивного алкоголизма наблюдается и в России, причем участились случаи сочетанного употребления алкоголя и различных наркотиков [105]. Попытки исправить описанную ситуацию должны базироваться на анализе ее причин и факторов риска формирования алкогольного аддиктивного поведения (ААП). Основными причинами исследователи [65, 72, 95] называют деструкцию морально-этических критериев, что привело к изменению отношения общества к употреблению алкоголя (в частности, пива) и легкодоступности пива для почти всех слоев населения. Приобретение алкогольных напитков, в частности, пива, для лиц

молодого возраста в наше время не является проблемой, поскольку, несмотря на официальный запрет продавать алкогольные напитки детям и подросткам, эти правила нередко не соблюдаются на практике [172, 236]. Указывается, что общая продажа алкогольной продукции (в т.ч., пива) на душу населения (в пересчете на абсолютный алкоголь) выросла с 6,7 л в 1995 г. до 12,3 л в 2010 г. Негативный вклад в ситуацию делает и семейное воспитание. Родители приобщают детей к алкоголю (в т.ч., к пиву) в 60,5% случаев в возрасте до 10 лет, приобщение к выпивке среди друзей обычно происходит в более позднем возрасте. В семьях подростков, часто принимающих алкоголь, примерно в 6% случаев алкоголь употребляют оба родителя, в 58% семей алкоголь употребляет только отец, и нет ни одной семьи, где алкогольные изделия не употреблялись бы вообще [21, 34, 45]. Девочки пробуют спиртное в раннем возрасте в 4 раза реже в сравнении с мальчиками. Приобщение к алкоголю девочек происходит не так быстро. Они, в среднем, на два года позже, чем мальчики, пробуют алкоголь. Наибольшее приобщение к алкогольным напиткам происходит у девочек в более позднем возрасте – в 15-16 лет (у мальчиков – в 13-14 лет) [32,35]. 51,7% семей подростков, часто употребляющих алкоголь, характеризуются напряженным психологическим климатом, между родителями происходят постоянные ссоры, скандалы и даже драки [24]. У подростков, употребляющих спиртные напитки, неполные семьи или повторные браки родителей встречаются в 27-50% случаев. Неполная семья, наличие отчима (мачехи), воспитание в школах-интернатах встречается у подростков, часто употребляющих спиртное, в 2,5 раза чаще, чем у подростков, не употребляющих алкоголь [59]. 91% семей, где подростки регулярно употребляют алкоголь, являются социально неустойчивыми [62, 76, 123]. К факторам риска формирования пивного алкоголизма относят: наследственную отягощенность алкоголизмом и другими психическими заболеваниями; аномалии воспитания (гипоопека, деспотизм и психотравмирующие воздействия, связанные со злоупотреблением

родителями алкоголем [17, 23, 38, 53, 245]; преморбидные характерологические особенности – преобладание неустойчивых, истерических и возбудимых черт в рамках акцентуаций; специфические традиции употребления алкоголя в микросоциальном окружении; нерешенные, долговременные эмоционально-значимые психотравмирующие ситуации [68] и другие патогенные астенизирующие факторы (соматогении, инфекции, интоксикации неалкогольного происхождения и т.д.), а также негативное воздействие рекламы пивной продукции в СМИ [66,201, 237, 255]. Т.В. Лозовая [86] к факторам развития алкоголизма относит наличие у подростков мотивов повышения самооценки, компенсации удовлетворения потребностей, «общения-коммуникации», межличностной защиты-манипуляции, которые сформировались под влиянием психической травматизации, в частности, неправильного семейного воспитания (гипер- и гипопротекция), попустительство или игнорирование ребенка, минимальность или чрезмерность требований, запретов, поощрение инфантильности, пассивного послушания, преувеличенный страх за здоровье и жизнь ребенка, воспитательная неуверенность родителей. Напротив, поощрение родителями самостоятельности и инициативности ребенка, отсутствие необоснованных запретов и чрезмерных требований к нему являются защитными факторами против алкоголизации подростков [137,174,156]. Автор также подчеркнула влияние алекситимии родителей на формирование подросткового алкоголизма. Исследователи обращают внимание и на то, что уже в младшем школьном возрасте формируется первичная (положительная или отрицательная) установка на употребление алкоголя [9, 18]. Играют определенную роль в формировании алкогольной зависимости и травмы детства [183]. Наиболее важными из них у подростков с ААП являются: 1) травма отвержения и, в связи с этим, чувство одиночества; 2) травма, которая связана с тем, что родители не обеспечивают наличие чувства безопасности у своего ребенка; 3) травма лишения самостоятельности (преобладание

процессов “слияния” над процессами сепарации) и, в связи с этим, неуверенность в себе и пассивность [3, 5]. Ряд авторов отмечают, что готовность к формированию ААП у подростков и юношества модулируется полом и возрастом, в зависимости от которых она и принимает разные формы [10, 11, 143]. Например, девушкам 14-15 лет присуща готовность к образованию таких форм ААП, как: 1) аддикция в семье, в которой один из родителей злоупотребляет алкоголем; 2) аддикция отношений; 3) аддикция, связанная с семейными традициями; 4) аддикция, связанная с тем, что алкоголь имеет субъективный смысл торжества, праздника; 5) конформная аддикция; 6) аддикция преодоления. В то же время, девушкам 16-17 лет присущи такие варианты готовности к формированию ААП: 1) совмещенная аддикция отношений и конформная аддикция; 2) совмещенная аддикция – слияние конформной аддикции и аддикции, связанной с семейными традициями; 3) три различные формы аддикции, обусловленной наличием в семье одного из родителей злоупотребляющим алкоголем; 4) «аддикция отношений», которая не связана с биологической зависимостью и является чисто психологическим образованием; 5) «аддикция преодоления», имеющая злокачественное течение и связанная с формированием биологических звеньев зависимости [22, 143]. Мальчики в возрасте 14-15 лет проявляют готовность к формированию следующих форм аддикции [166]: 1) аддикция, обусловленная педагогической запущенностью; 2) совмещенная аддикция отношений и конформности; 3) аддикция у подростков из семей, в которых один из родителей злоупотребляет алкоголем; 4) гендерная аддикция (фактор “мачо”); 5) аддикция преодоления; 6) аддикция отношений. Подростки мужского пола в возрасте 16-17 лет проявляют готовность к формированию следующих форм ААП [163] : 1) два различных варианта аддикции, сформированной в семьях, в которых один из родителей злоупотребляет алкоголем; 2) три различных варианта аддикции отношений; 3) аддикция преодоления стресса; 4) совмещенная аддикция отношений и конформности. У таких подростков

отсутствует конформная аддикция как самостоятельная форма, которая трансформируется в аддикцию отношений [104, 111, 171]. Употребление алкоголя среди студентов колледжей намного превышает употребление любых других психоактивных веществ. По последним данным Национального исследования США «Мониторинг будущего» [168], 63% студентов колледжей в 2014 году употребляли алкоголь в течение последних 30 дней, а у 35% были случаи чрезмерного употребления (5 или более напитков подряд) в течение последних 2 недель. Кроме того, 43% сообщили, что были пьяны за последние 30 дней; 13% сообщили, что выпивали 10 или более напитков подряд за последние 2 недели, а 5% сообщили, что выпивали 15 или более напитков подряд. За исключением последних двух показателей экстремального пьянства, эти оценки у студентов колледжей на 6-9%% выше. В средней школе учащиеся колледжей реже употребляли алкоголь; таким образом, эти показатели указывают на существенное увеличение потребления алкоголя при переходе из средней школы в колледж [166.167,172,219].

1.2. Сомато-неврологические и психические изменения в организме человека при употреблении пива

Пиво представляет собой натуральный алкогольный напиток, который содержит большое количество соединений, образующихся в процессе ферментации и поступающих в него из растительного сырья. Основными компонентами пива являются вода (91-93 %), углеводы (1,5-4,5%), этиловый спирт (3-7%) и азотсодержащие вещества (0,2-0,65%). Прочие компоненты обозначают как минорные [51,106]. Этанол, поступающий в организм с пивом, не оказывает дегидратирующего эффекта благодаря высокому содержанию воды в этом напитке. Другими словами, при употреблении пива, в отличие от

водки, нельзя принять смертельную дозу алкоголя. Однако, углекислый газ, содержащийся в пиве, вызывает усиленное всасывание алкоголя. Это вызывает более резкое и сильное опьянение, усиленное кровообращение в мозге, печени, легких и почках, что усугубляет токсическое действие алкоголя [187,188]. Допустимые нормы содержания тяжелых металлов, имеющихся в пиве, следующие (в мг/кг): Pb – 0,3; Cd – 0,003; Ag – 0,2; Hg – 0,005; Cu – 5,0; Zn – 10,0. Предельно допустимая доза кадмия, добавляемого в пиво для образования и удержания пены, превышается употреблением более чем 1 л пива [107]. Пиво по-разному влияет на мужской и женский организмы. У мужчин при регулярном потреблении пива подавляется выработка метилтестостерона (основного мужского полового гормона) и накапливается женский половой гормон (прогестерон). Как следствие, происходит изменение внешности: расширяется таз, разрастаются грудные железы. У женщин, наоборот, идут процессы маскулинизации, а также растет вероятность заболевания раком грудной железы пропорционально количеству выпитого пива. Указанные изменения эндокринного статуса (феминизация мужчин и маскулинизация женщин) при злоупотреблении пивом связаны, в основном, с эффектами фитоэстрогенов, которые содержатся в шишках хмеля [51]. Особенно опасно употреблять пиво женщинам, которые вскармливают ребенка грудным молоком, что может привести к возникновению эпилептических судорог. Известно, что чрезмерное потребление спиртосодержащих напитков является одним из важнейших факторов риска возникновения и развития сердечно-сосудистых заболеваний, таких как кардиомиопатия, коронарная болезнь сердца, аритмия, гипертензия, а также ишемические и геморрагические инсульты [6, 69]. Употребление алкоголя даже в малых дозах в подростковом периоде никоим образом нельзя назвать безвредным. Вмешательство алкоголя в процессы становления подросткового организма отличается большой грубостью, при этом, он в обязательном порядке хоть в какой-то мере, но деформирует личность молодого человека

[80,122, 152]. Специалисты едины во мнении, что любое употребление спиртных напитков в подростковом возрасте представляет собой злоупотребление [41]. Молодой организм достаточно быстро привыкает к большим дозам любого алкоголя. Это обстоятельство объясняет большую опасность того, что подросток начинает часто употреблять самые слабые алкогольные напитки, в результате чего у него формируется ложная установка, будто употребление спиртных напитков раз-два в неделю является вполне нормальным явлением [47, 135]. Злоупотребление алкоголем у подростков вызывает самые разнообразные расстройства, в первую очередь, эмоциональной и волевой сферы [2,15,87,103]. У них снижается общественная активность, происходит угасание трудовых навыков, страдают здоровое честолюбие, а также нравственные качества [150]. Огрубление, взрывчатость, беззаботность, безынициативность и внушаемость – такие вот эмоционально-волевые нарушения выступают на первый план [217]. Подростки начинают проявлять невнимательность, а порой и жестокость, к близким людям. В отношениях с прежними друзьями начинают появляться неискренность, холод, замкнутость и недоверчивость [43, 44].

На биологическом уровне в молодом возрасте различные области головного мозга продолжают развиваться и созревать с различными интервалами. Эти активные процессы повышают вероятность того, что человек будет заниматься поиском новых видов поведения, одновременно делая мозг более чувствительным к нейротоксическим процессам, которые могут быть результатом употребления психоактивных веществ [210, 211, 213]. Для людей, злоупотребляющих психоактивными веществами, повышение нейропластичности в период развития связано с неблагоприятными последствиями [61, 70]. Визуализационные исследования подтвердили различные структурные и физиологические изменения нервной системы, связанные с употреблением алкоголя подростками и молодыми взрослыми [38, 46]. Эти изменения включают уменьшение объема гиппокампа и

ускоренную редукцию серого вещества в лобной и височной коре в сочетании с замедленным ростом белого вещества в мозолистом теле и мосте [190]. Данные эффекты приводят к проблемам с исполнительской функцией, обучением и памятью, контролем импульсов и регуляцией аффектов [190]. Кроме того, нейробиологические изменения нарушают когнитивные функции и увеличивают риск возникновения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, и других нейропсихиатрических процессов [37, 79].

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что употребление алкоголя в подростковом и юношеском возрастах связано с плохим нейрокогнитивным функционированием и, особенно, – с плохими зрительно-пространственными навыками и вниманием [57, 65, 195, 253]. Студенты, которые регулярно употребляли марихуану, и те, кто увеличивал её потребление в середине обучения в колледже, чаще пользовались услугами здравоохранения и имели более высокий уровень депрессивных и связанных с тревогой симптомов в течение 7 лет после колледжа [16, 195]. Использование психоактивных веществ также может быть независимым фактором риска самоубийств [137], и это важно учитывать при оценке данного риска, особенно у подростков и молодых людей [94]. У студентов колледжей сочетание связанного с употреблением психоактивных веществ поведения и проблем с психическим здоровьем (например, тяжелой депрессии, панического расстройства, генерализованного тревожного расстройства) было сопряжено с более высокой вероятностью курения сигарет [77, 142, 143, 182]. Среди 67% пациентов с сочетанием частого употребления алкоголя (binge drinking) и психических расстройств лишь 38% в предшествующем году получали относящуюся к охране психического здоровья помощь [117, 139].

Согласно данным, полученным в ходе Национального исследования США по оценке состояния здоровья в колледжах, 35% студентов чувствовали себя настолько подавленными, что им было трудно функционировать в прошлом году, 58% ощущали непреодолимую тревогу и ошеломляющие 10%

всерьёз задумывались о самоубийстве [218, 209, 248, 264]. Это контрастирует с небольшим количеством студентов колледжей, получавших лечение в связи с депрессией (13%), тревогой (15,8%) и употреблением психоактивных веществ (1%) [150]. С учётом установленной взаимосвязи между злоупотреблением психоактивными веществами, депрессией и тревогой [221, 222], а также очевидной взаимосвязи повышенного риска самоубийств и злоупотребления психоактивными веществами, эта информация является тревожащей как для семей, так и для кампусов колледжей, а также поставщиков психиатрических услуг [256].

Расстройства настроения и тревожные расстройства являются наиболее распространенными коморбидными состояниями у пациентов со злоупотреблением алкоголем [118, 148, 220, 241, 251]. У психиатрических пациентов наблюдаются высокие показатели коморбидных расстройств, связанных с употреблением алкоголя (РУА)**:** наибольшая их распространенность наблюдается у пациентов с биполярным расстройством [223, 224, 243]. Показатели РУА также выше у пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями и у ветеранов войны с наличием посттравматического стрессового расстройства, чем у населения в целом [215, 236]. Очевидно, что адекватный скрининг психических расстройств у тех, кто поступает для лечения или скрининга РУА**,** имеет большое значение во всех клинических учреждениях [140, 266].

1.3. Принципы и методы коррекции и профилактики при психических и поведенческих расстройствах у лиц молодого возраста, зависимых от приема пива и других алкогольных напитков

Наиболее эффективным может быть проведение мероприятий в условиях, где вероятнее всего появление имеющих проблемы с алкоголем

студентов, например, в медицинских или консультационных центрах [229]. Исследования показывают [232], что несколько тщательно осуществленных инициатив сообществ, направленных на уменьшение проблем с алкоголем среди молодежи колледжей, оказались эффективными, что привело к сокращению употребления алкоголя несовершеннолетними, нападений, связанных с употреблением алкоголя, посещений отделений неотложной помощи и аварий, связанных с алкоголем [31, 57]. Одна из стратегий по расширению участия в этих мероприятиях заключается в том, чтобы сделать обычным явлением скрининг в университетских медицинских центрах и использовать новые технологии для охвата большего числа студентов [230, 232, 260]. Обзор компьютерных и сетевых кратких вмешательств для студентов колледжей показал, что персонализированная обратная связь может быть ключевым компонентом успеха этой стратегии как в мотивации студентов, так и в оказании им помощи при освоении навыков, необходимых для успешного изменения их поведения [167, 235].

Анонимные обязательные опросы при ориентации новых и возвращающихся студентов могут в два раза повысить осведомленность администраторов колледжей о распространенности употребления психоактивных веществ и позволить учащемуся подумать о собственных моделях употребления психоактивных веществ [245, 246, 247]. Однако, использование универсальных скринингов в качестве средства для направления на обязательное лечение может привести к занижению показателей и, таким образом, ограничить их полезность как для администраторов, так и для студентов [238, 239, 240, 242]. В частности, новые студенты только начинают понимать, что честная информация не всегда приводит к ограничениям или наказанию. В то же время, это дает возможность установить отношения, которые в будущем, скорее всего, приведут к партнерству с администрацией колледжа и, возможно, с врачами [140, 145].

Еще одной стратегией улучшения профилактики и расширения участия студентов является разработка системы реферальных и финансовых штрафов для обучающихся, которые за нарушения, связанные с психоактивными веществами, подвергаются дисциплинарному наказанию, такому как обязательное вмешательство в состояние здоровья проживающих в кампусе [121]. Эти виды практики могут предотвратить эскалацию употребления алкоголя или наркотиков у студентов, которые только начинают экспериментировать с психоактивными веществами [162, 176].

Самый важный навык для клиницистов – распознавать проблемы с употреблением алкоголя или наркотиков. Следует иметь в виду, что большинство студентов только недавно были освобождены от родительского надзора; таким образом, наиболее эффективный подход, скорее всего, будет неконфронтационным, не осуждающим и без патернализма [182, 185, 193]. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test – Тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя) является широко используемым инструментом скрининга на алкоголь, состоящим из 10 пунктов [184, 192]. Было показано, что он эффективен у учащихся колледжа с чувствительностью 91% по сравнению с более всесторонним диагностическим интервью. Результаты показывают, что AUDIT-C, который состоит из первых 3 пунктов AUDIT, эффективен для выявления риска употребления алкоголя учащимися колледжа. AUDIT-C – это трехэлементный скрининг-тест, который можно применять у студентов колледжа, используя предельный балл 7 для мужчин и 5 для женщин; в общей популяции баллы 4 или более у мужчин и 3 или более у женщин считаются положительными.

В течение более чем 10 лет не появлялись новые одобренные управлением по контролю пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) лекарства от алкогольной зависимости, в связи с чем дисульфирам, налтрексон и акампросат являются единственными одобренными FDA вариантами таких средств. Было показано, что другие лекарственные

препараты, в том числе, габапентин, топирамат и ондансетрон, улучшают исходы при употреблении алкоголя, причем последний, в частности, демонстрирует снижение частоты алкоголизма с ранним началом (до 25 лет) [48, 194].

Исследование студентов, которым было назначено лечение в связи со злоупотреблением ими психоактивными веществами, продемонстрировало уменьшение связанного с высоким риском употребления алкоголя при помощи либо краткого мотивационного вмешательства (MI) либо сеанса изучения алкоголя (alcohol education session), причем обучающиеся, которым проводилось краткое MI, сообщили о меньшем количестве связанных с алкоголем проблем [180, 244]. Последующее исследование студентов колледжей с высоким уровнем риска, которым был проведен один сеанс краткого MI, также продемонстрировало значительное снижение связанных с употреблением алкоголя негативных последствий в течение 4 лет. Эти положительные результаты применения краткого MI также были обобщены при употреблении психоактивных веществ по данным студенческой поликлиники колледжа. Ни в одном из опубликованных исследований не изучалась полезность фармакотерапии в сочетании с кратким вмешательством при алкогольной зависимости у молодых людей, переходящих во взрослую жизнь. Краткое MI, такое как программа BASICS (Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students – Краткие скрининг и вмешательство при употреблении алкоголя студентами колледжей), продолжает оставаться наиболее проверенным терапевтическим средством для этой группы населения [198, 199, 200]. Недавний обзор сфокусирован на различных способах употребления психоактивных веществ в подростковом возрасте, включая 12-ступенчатую терапию, когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), мотивационную терапию, семейное вмешательство и смешанные или другие подходы [31, 56, 139, 157, 158]. Появилась полная картина, показавшая общие положительные эффекты для всех методов лечения; тем не менее,

семейное вмешательство, КПТ и мотивационная терапия продемонстрировали лучшие результаты. Хотя фармакотерапия может играть определенную роль для студентов колледжей, имеющих проблемы со злоупотреблением психоактивными веществами, эффективная психотерапия остается основой лечения. Кроме того, как и во всех возрастных группах, невозможно переоценить важность лечения коморбидных расстройств настроения и тревожных расстройств [28, 44, 72, 117, 148, 249].

Употребление психоактивных веществ в колледже, несомненно, является распространенным и противоречивым вопросом [202, 203, 204, 205]. Многие из тех, кто вовлекается в пьянство, экспериментирует с запрещенными веществами и/или злоупотребляет фармацевтическими препаратами, пройдут через этот «обряд посвящения» относительно невредимыми. Однако другим это не удастся. Выявление и лечение связанного с употреблением психоактивных веществ проблемного поведения [261, 262, 263,] у студентов колледжей могут предотвратить травмы, сексуальные посягательства, академические затруднения и юридические осложнения во время обучения в колледже, а также способны снизить риск возникновения зависимости от психоактивных веществ или проблем с психическим здоровьем в будущем [207, 208, 209].

В профилактике алкогольной зависимости и расстройств психики и поведения (РПП), связанных со злоупотреблением алкоголем, как и в любой психопрофилактике, можно выделить несколько уровней [15, 49, 86, 103]. Главные из них – первичная профилактика (т.е., предупреждение расстройств психики и поведения у здоровых лиц), направленная на изучение факторов риска возникновения РПП у подростков и влияние на эти факторы, и вторичная психопрофилактика (то есть, предупреждение развития расстройств психики и поведения у тех, кто ими уже заболел), направленная на раннюю диагностику и эффективное лечение РПП, предупреждение их рецидивов [89, 144]. Анализируя проблему эффективности профилактических мероприятий в

целом, некоторые авторы отмечают, что ранняя диагностика и терапия расстройств психики и поведения является достаточно сложным вопросом, тесно связанным с дестигматизацией психиатрической помощи, успешностью психообразовательных проектов на микросоциальном (семейном) и макросоциальном (персонал учебных заведений, социальных служб, врачебной общей практики) уровнях. Поэтому и стратегия профилактики употребления пива и других алкогольных напитков должна быть разноплановой, действуя на всю гамму этиологических факторов [146, 147, 164,2 43]. За последнее время появилось несколько работ, в которых авторы пытаются представить возможные варианты подходов медико-профилактического плана к решению этого вопроса. Так, представляют интерес исследования разных авторов [105, 177], посвященные работе с детским контингентом средних школ, в которых на фоне глубокого анализа проблемы зависимости от алкоголя и психоактивных веществ (ПАВ) в современных школах предоставляется программа возможной первичной и вторичной профилактики. Исходя из вышеизложенного, проблема создания эффективной программы профилактики злоупотребления ПАВ среди подростков и молодежи является актуальной.

РАЗДЕЛ 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Методы исследования

Основными методами исследования были: клинико-анамнестический (опрос и изучение документов), клинико-эпидемиологический, клинико-психопатологический, психодиагностический и статистический.

Клинико-анамнестический метод использовался для оценки факторов повышенного риска возникновения невротических расстройств на различных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости в молодом возрасте на основании информации о социально-демографических характеристиках и образе жизни обследованных и их семей.

Клинико-эпидемиологический метод использовался для установления особенностей распространенности употребления пива среди лиц молодого возраста, а также невротических расстройств среди обследованных, употребляющих пиво. Достаточно эффективным во время сбора анамнеза являлся тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, разработанный рабочей группой ВОЗ,1989) [183,191], который выявлял нарушения, связанные со злоупотреблением алкоголя у подростков. Этот тест является скрининговым методом, представляющим собой, как правило, небольшой по количеству вопросов тест, где учитываются положительные или отрицательные ответы на определенное количество вопросов, связанных с употреблением алкоголя.

Клинико-психопатологический метод использовался на основе общепринятой методики психиатрического обследования для оценки состояния психического здоровья подростков путем стандартизированного интервью с учениками. Интервью состояло из наркологического и клинико-

психопатологического разделов. Психическое состояние лиц молодого возраста изучалось с помощью клинического интервью – структурированного обследования на основании стандартных протоколов с соблюдением общепринятых в психиатрии деонтологических норм и с заполнением учащимися клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин К.К., Менделевич Д.М.,1978) [180].

Диагностика пивной зависимости и употребления пива с вредными последствиями проводилась согласно клиническим критериям рубрик F10.1 «Употребление алкоголя с вредными последствиями» и F10.2 «Синдром зависимости вследствие употребления алкоголя» раздела F1 «Психические и поведенческие расстройства, вследствие употребления психоактивных веществ» Международной статистической классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Диагнозы невротических расстройств формулировались в соответствии с клиническими критериями раздела F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» МКБ-10.

Психодиагностический метод применялся для исследования индивидуально-психологических особенностей личности подростков, которые могут быть связаны со злоупотреблением пивом, для уточнения специфики и степени выраженности нарушений психического здоровья, а также для оценки динамики психологического состояния учащихся при проведении поэтапной коррекции психических и поведенческих нарушений. Для этого использовались следующие методики: 1) шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина; 2) шкала Зунга для самооценки депрессии; 3) тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН); 4) модифицированный патохарактерологический диагностический опросник (МПДО).

Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина [58] использовалась для оценки наличия и уровня выраженности у обследованных тревоги (как актуального состояния человека – диффузного

безобъектного предчувствия приближения угрозы) и тревожности (как устойчивой характеристики личности – склонности испытывать тревогу в различных ситуациях, в том числе, – в таких, которые не дают для этого существенных оснований). Методика была предложена выдающимся американским психологом C.D. Spielberger под названием State-Trait-Anxiety-Inventory for Children (STAIC) (Spielberger Ch.D., 1973) и адаптирована как русскоязычный вариант STAIC (Ханин Ю.Л., 1976). Данная шкала состоит из двух частей, позволяющих раздельно оценить реактивную (РТ – высказывания № 1-20) и личностную (ЛТ – высказывания № 21-40) тревожность.

Шкала Зунга для самооценки депрессии [97] применялась нами для скрининга (предварительной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии) и для оценки динамики депрессивных состояний после психокоррекции. Методика была разработана американским психиатром W.K. Zung (The Zung self-rating depression scale, 1965, адаптация Т.И. Балашовой 1998). Опросник содержит 20 утверждений, касающихся снижения психической и социальной активности, психомоторики, нарушений сна, вегетативно-соматических функций.

Опросник САН (самочувствие, активность, настроение) или «тест дифференциальной оценки функционального состояния» (Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Шарай В.Б., Мирошников М.П., 1973) [157] использовался для изучения оценки обследуемыми своего самочувствия, активности и настроения. Тест разработали с целью создания инструмента для оценки трех основных составляющих, характеризующих функциональное психоэмоциональное состояние человека: 1) самочувствия – комплекса субъективных ощущений, отражающих степень физиологической и психологической комфортности состояния человека; 2) активности – интенсивности и объема произвольного взаимодействия со средой; 3) настроения – относительно стабильного эмоционального состояния человека.

Модифицированный опросник для идентификации типов акцентуации характера у подростков (модифицированный патохарактерологический опросник) (МПДО) (модификация ПДО А.Е. Личко, 2010) [83] использовался для выявления различий личности исследуемых, в частности, наличия у них определенного типа акцентуации характера или расстройства личности. МПДО включает 143 пункта, из которых исследуемым надо отметить те, которые являются для них типичными. На основании полученных ответов может быть диагностирован один или несколько (смешанный вариант) из 10 типов акцентуаций, входящих в классификацию, используемую автором: гипертимный, циклоидный, лабильный, астено-невротический, сенситивный, тревожно-педантичный, интровертированный, возбудимый, демонстративный, неустойчивый. Кроме того, опросник содержит контрольную шкалу. При работе со всеми психодиагностическими методиками использовались стандартные процедуры обследования, обработка результатов (она проводилась вручную) и их интерпретации.

Обследование проводилось по договоренности с руководством учебных заведений непосредственно в учебных корпусах после занятий, с соблюдением всех деонтологических требований, таких как: наличие информированного согласия, конфиденциальность, возможность для обследованного ознакомиться с результатами исследования. Полученные во время обследования данные заносились в специально разработанную «Карту обследования учащихся техникумов, лицеев и училищ», которая включала следующие разделы: 1) социально-гигиенический; 2) клинико-анамнестический; 3) клинико-психопатологический, 4) психологический, 5) психокоррекционный. В первом разделе содержится информации о возрасте, поле, уровне образования, месте жительства, воспитании, семейном положении обследованных. Во второй раздел вносились данные об употреблении пива (частота, количество и т.п.), а также об уровене

субъективной значимости пива в повседневной жизни лиц молодого возраста. Третий раздел использовался для занесения информации о наличии тех или иных психопатологических симптомов невротических расстройств. Четвертый раздел предназначался для результатов психодиагностического обследования подростков. Пятый раздел „Карты" заполнялся в случае, если исследуемый привлекался к осуществлению психокорекционных мероприятий. При проведении статистического анализа результатов исследования использовался пакет прикладных программ STATISTICA 6.0 для Windows. В работе использовали общепринятые методы параметрической и непараметрической статистики. Для сравнения показателей различных выборок применялись стандартные статистические критерии проверки гипотез. В случае сравнения двух выборок, когда распределение не отличалось от нормального, для сравнения средних значений количественных показателей использовался критерий Стьюдента. Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости $p<0,05$.

Для выявления связи между признаками применялись методы корреляционного анализа. В случае, когда распределение не отличалось от нормального, рассчитывался коэффициент линейной корреляции Пирсона. Если распределение отличалось от нормального, либо в случае исследования корреляционной связи между признаками, измеряемыми в порядковой шкале, был использован показатель ранговой корреляции Спирмена. При отличии расчетного значения коэффициента корреляции от 0 на уровне значимости $p<0,05$, была применена гипотеза о наличии между изучаемыми признаками линейной корреляционной связи. Критическое значение уровня статистической значимости различий (p) принималось равным 0,05.

Указанная обработка данных имела целью:

- дать социально-демографическую характеристику обследованного контингента в целом и по выделенным группам;

- определить закономерности клинической картины зависимости от

приема пива у подростков и возникновения у них связанных с этим невротических расстройств;

- выделение, идентификацию и оценку степени влияния факторов риска формирования зависимости от пива у данного контингента;

- корреляционный анализ связи непсихотической симптоматики с клиническими психиатрическими диагнозами и разными стадиями формирования зависимости от пива у подростков.

По окончании этой стадии исследования была разработана и внедрена система психофармакотерапевтических, психотерапевтических и психопрофилактических воздействий, которые подробно описаны в четвертом разделе работы.

Упомянутая система реализовывалась в несколько этапов:

1. **Диагностический этап** – предусматривал проведение комплексного (клинико-анамнестического, клинико-психопатологического и психологического) обследования учащихся. Целью этого этапа было выявление обучающихся в учебных заведениях лиц, имеющих склонность к злоупотреблению пивом или зависимость от него, а также учащихся с факторами риска возникновения этой зависимости и на этом фоне – невротических расстройств.

2. **Этап проведения психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий** имел целью, во-первых, профилактику формирования пивной зависимости у учащихся учебных заведений, в первую очередь, – у лиц, у которых были выявлены факторы риска этой патологии, во-вторых, – психокоррекцию расстройств психики и поведения у лиц молодого возраста, у которых злоупотребление или зависимость от пива были диагностированы на предыдущем этапе. Лечебно-коррекционные мероприятия проводились для больных двух исследуемых групп: 2-й группы (при наличии невротических расстройств (клинических диагнозов раздела F4 МКБ-10) на фоне субклинического употребления алкоголя) и 3 группы (при невротических

расстройствах в сочетании с употреблением алкоголя с вредными последствиями (F10.1 согласно МКБ-10) и синдромом зависимости от алкоголя (F10.2 согласно МКБ-10)). Каждая из двух групп на данном этапе была разделена на две подгруппы (основную и контрольную), отличительными признаками которых являлись назначение и оценка эффективности в контрольной подгруппе стандартного лечения невротических расстройств согласно унифицированным клиническим протоколам, а в основной подгруппе – комбинации стандартного (базового) лечения и разработанной нами системы психопрофилактических и лечебно-коррекционных мероприятий .

3**. Этап повторного обследования учащихся,** которым осуществлялись психокоррекционные мероприятия, проводился через три месяца после второго этапа и был направлен на оценку динамики состояния обследованных основных и контрольных подгрупп. Результаты этой оценки также заносились в «Карты обследования учащихся техникумов, лицеев и училищ» и обрабатывались статистически при помощи пакета прикладных программ STATISTICA 6.0 для Windows, что позволило дать обобщенную оценку предложенной нами системы коррекции и профилактики психических расстройств для лиц молодого возраста, употребляющих пиво.

2.2. Характеристика обследованного контингента и баз исследования

Работа построена на результатах комплексного обследования 392 человек, которые обучались в Соледарском профессиональном лицее № 111 (81 чел), Артемовском индустриальном техникуме ДонНТУ (94 чел), Донецком профессионально-техническом училище №22 (102 чел.) и

Макеевском медицинском училище (115 чел.). Выбранные для проведения исследования учебные заведения являются различными по направлениям подготовки воспитанников и, соответственно, по социальным характеристикам контингента учащихся, что позволяет считать общую выборку исследуемых репрезентативной для решения задач исследования.

В обследовании участвовали все ученики (392 чел.), которые на момент проведения исследования находились на обучении в учебных заведениях, за исключением тех, кто проходил профессиональную практическую подготовку за пределами основных учебных корпусов. Распределение обследованного контингента по возрасту представлено на рисунке 2.2.1. Как видно из рисунка, в выборке достаточно представлены все возрастные группы обследованных.

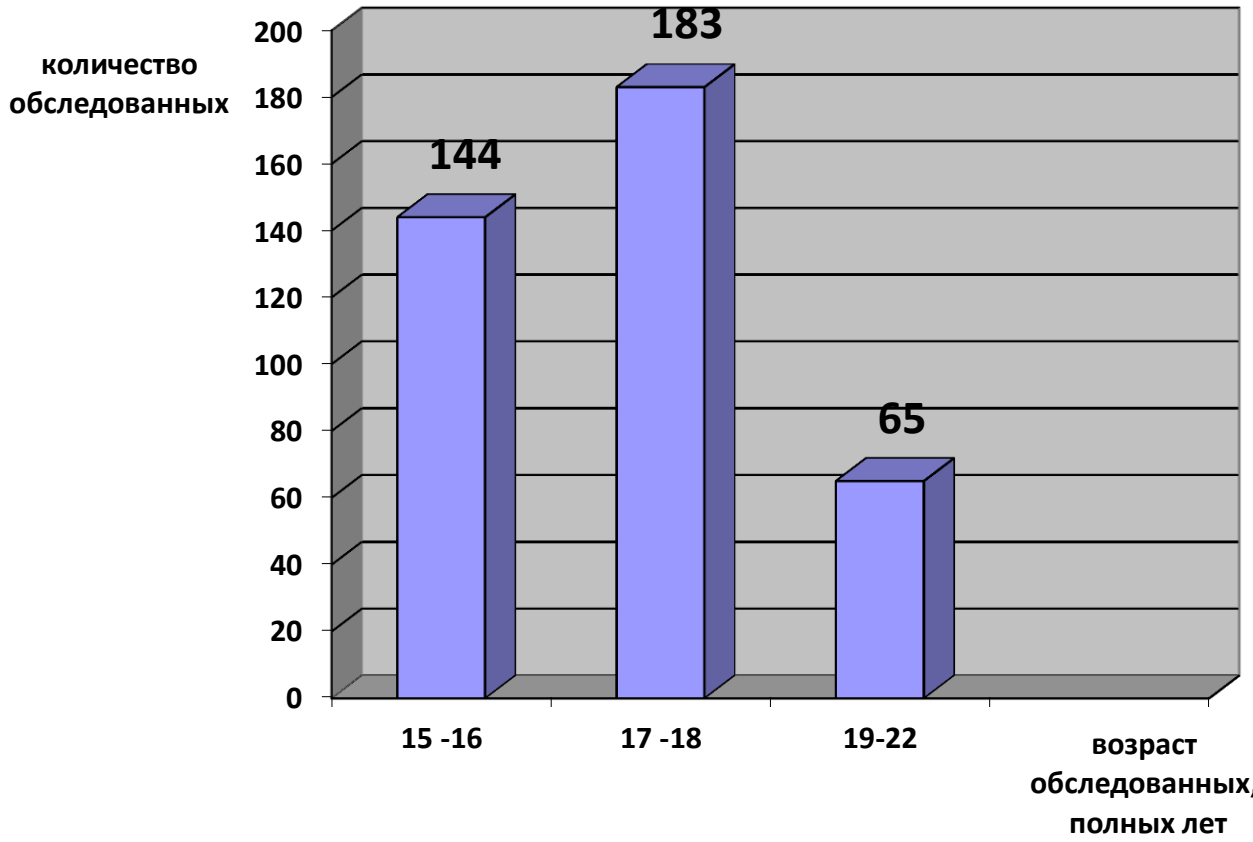

Рисунок 2.2.1 - Возрастная структура обследованного контингента

Вместе с тем, стоит отметить, что возраст подавляющего большинства обследованных составлял 17-18 лет. Эти особенности выборки должны быть

учтены при формировании выводов об особенностях распространенности злоупотребления пивом среди лиц молодого возраста. Среди обследованных преобладали юноши (286 чел., что составляло 72,5% от общего числа учащихся), тогда как девушек было 106 (27,5%), что также должно быть учтено при анализе эпидемиологических показателей пивной зависимости у молодежи. По месту жительства семьи обследованные распределились следующим образом: крупный индустриальный город – 149 чел. (38,1%), небольшой город – 112 (28,5%), поселок – 59 чел. (15,1%), село – 72 чел. (18,3%). Таким образом, приблизительно равное количество учеников проживало в больших и небольших населенных пунктах.

По уровню полученного на момент обследования образования наблюдалось такое распределение: неполное среднее – 260 чел. (66,3%), среднее – 132 чел. (33,7%).

Почти все обследованные, как и следовало ожидать, были незамужними или неженатыми (таблица 2.2.1), а из тех, кто уже успел вступить в брак, большинство вынуждено проживать вместе с родителями. Девять из числа обследованных уже успели развестись.

Таблица 2.2.1 - Распределение обследованных учащихся по семейному положению

Семейное положение	Девушки		Юноши		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Не замужем или не женаты	84	84,0	261	89,4	345	88,0
Женаты и проживают вместе с родителями	8	8,0	18	6,2	26	6,6
Женаты и проживают отдельно от родителей	3	3,0	7	2,4	10	2,6%
Женаты и проживают отдельно друг от друга	1	1,0	1	0,3	2	0,5
Разведены	4	4,0	5	1,7	9	2,3
Всего	100	100,0	292	100,0	392	100

Свои материально-бытовые условия считало удовлетворительными

подавляющее большинство обследованных – 314 чел (80,1%), тогда как неудовлетворительными – 78 человек (19,9%).

Своими основными воспитателями 277 учащихся (70,7%) назвали родителей, 35 (8,9%) – брата или сестру, 34 (8,7%) – только других родственников, остальные (46 человек, или 11,7%) – работников школ-интернатов.

Характеризуя взаимоотношения в своих семьях, почти половина обследованных признала их спокойными и доброжелательными (табл. 2.2.2). Стоит отметить, что выявлены существенные различия в этих оценках по гендерному признаку: менее 40% парней данным образом определяли свою семейную ситуацию, тогда как среди девушек таких было более 60%. Напротив, систематические конфликты в семье признавала более чем пятая часть юношей и лишь 15% девушек.

Таблица 2.2.2 - Взаимоотношения в семьях обследованных лиц

Семейное положение	Девушки		Юноши		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Спокойные, дружелюбные	62	62,0	114	39,1	176	44,9
Эпизодические конфликты	23	23,0	106	36,3	129	32,9
Систематические конфликты	15	15,0	72	24,7	87	22,2
Всего	100	100,0	292	100,0	392	100,0

Наличие проблем, связанных с употреблением алкогольных напитков родителями или другими родственниками, обследованые лица молодого возраста оценили следующим образом: у отца (отчима) – 136 человек (34,7%), у матери – 86 человек (21,94%), у брата или сестры – 20 человек (5,1%), у друзей – 59 человек (15,1%), у других родственников – 91 человек (23,22%).

Приведенные в этом разделе данные позволили всесторонне охарактеризовать объект исследования и сформулировать обоснованную программу изучения особенностей употребления пива и возникновения непсихотичесих психических расстройств, в том числе, коморбидных, у лиц молодого возраста.

РАЗДЕЛ 3. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ УЧАЩИХСЯ ЛИЦЕЯ, ТЕХНИКУМОВ И КОЛЛЕДЖА, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПИВО

3.1. Особенности распространенности злоупотребления пивом среди учащихся лицея, техникумов и колледжа

Обследованные были нами распределены на группы в соответствии с формами потребления ими пива (субклинические (на основании классификации Бехтеля Э.Е., 1986 [22]) (таблица 3.1.1) и нозологические – согласно МКБ-10), а также наличием либо отсутствием невротических расстройств согласно МКБ-10.

Таблица 3.1.1. - Формы употребления спиртных напитков, предшествующие хроническому алкоголизму (по Бехтелю Э.Е., 1986)

Группа лиц	Характеристика употребления алкоголя
Не употребляющие спиртные напитки (абстиненты)	Лица, не употребляющие спиртные напитки или употребляющие их крайне редко и в небольших количествах (до 100 мл вина 2-3 раза в год)
Случайно пьющие	Лица, употребляющие, в среднем, не более 0,3-0,5 л вина или 100-150 мл крепких напитков от нескольких раз в год до нескольких раз в месяц
Ситуационно пьющие	Лица, употребляющие спиртные напитки, в среднем, 1-4 раза в месяц; количество спиртных напитков эквивалентно 150-300 мл в пересчете на водку
Систематически пьющие	Лица, употребляющие спиртные напитки, в среднем, 1-2 раза в неделю; количество спиртных напитков эквивалентно до 300-500 мл водки

Привычно пьющие	Лица, употребляющие спиртные напитки, в среднем, 2-3 раза в неделю; количество спиртных напитков эквивалентно до 500 мл и более водки. На этом этапе формируется влечение к алкоголю с нарастанием толерантности.

В группу 1 вошли лица с субклиническим употреблением алкоголя, без наличия психических расстройств – 268 обследуемых, т.е., те обследуемые, состояние которых не выходило за пределы так называемой клинической нормы. Группа 2 (43 чел.) включала больных с наличием невротических расстройств(диагнозы раздела F4 МКБ -10) на фоне субклинического употребления алкоголя. Группа 3 (81 чел.) включала больных с наличием невротических расстройств (диагнозы раздела F4 МКБ -10) в сочетании с употреблением алкоголя с вредными последствиями (F10.1) и синдромом зависимости от алкоголя (F10.2). Критерии исключения: отказ от участия в исследовании.

В таблице 3.1.2 приведены данные в отношении субклинического употребления пива исследованными нами лицами первой и второй групп.

Таблица 3.1.2 - Распределение обследованных в зависимости от формы субклинического употребления алкоголя (пива)

Группа обследованных лиц	1 группа (клиническая норма) (n=268)		2 группа (n=43)		Достоверность отличий (p по Стьюденту)
	абс.	%	абс.	%	
Не употребляющие спиртные напитки (абстиненты)	205	76,5	17	39,5	> 0,05
Случайно пьющие	50	18,6	11	25,6	> 0,05
Ситуационно пьющие	13	4,9	7	16,3	< 0,05
Систематически пьющие	0	0,0	5	11,6	< 0,05
Привычно пьющие	0	0,0	3	7,0	> 0,05

Отмечены достоверные (p<0,001) отличия в количестве обследованных между следующими категориями группы 1: абстинентами (76,5%) и остальными категориями; случайно пьющими (18,6%) и остальными категориями; ситуационно пьющими (4,9%) и остальными категориями, включая систематически пьющих (0,0%) и привычно пьющих (0,0%). В группе 2 для абстинентов (39,5%) достоверные отличия характерны лишь при сравнении их с ситуационно пьющими (16,3%, p<0,05), систематически (11,6%) и привычно (7,0%) пьющими (p<0,01); случайно пьющие (25,6%) достоверно (p<0,05) отличались лишь от привычно пьющих. При этом, в данной группе обнаружено достоверно (p<0,05) большее количество ситуационно и систематически пьющих, чем в группе 1, что, наряду с превалированием абстинентов в группе 1 и значимо большим количеством случайно и ситуационно, чем систематически и привычно пьющих, в отличие от группы 2, свидетельствует о большей степени субклинической алкоголизации больных с невротическими расстройствами по сравнению с психически здоровыми обследованными.

Нами был проведен анализ социально-демографических характеристик обследованных групп, результаты которого представлены в таблицах 3.1.3-3.1.5.

Таблица 3.1.3 - Распределение обследованных в зависимости от пола

Исследуемые группы	Пол				Всего	
	мужской		женский			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 группа (клиническая норма) (n=268)	186	65,0	82	77,3	268	68,4
2 группа (n=43)	38	13,3	5	4,7	43	11,0
3 группа(n=81)	62	21,7	19	18,0	81	20,6
Всего	286	100,0	106	100,0	392	100,0

Из таблицы 3.1.3. следует, что как субклинические, так и клинические

стадии алкогольной пивной зависимости значимо чаще встречались у лиц мужского пола ($p<0,05$).

С учетом отмеченного в разделе 2 факта преобладания юношей среди обследованного контингента, для более точной оценки распространенности злоупотребления пивом среди молодежи необходимо провести процедуру статистического выравнивания (стандартизации) данных по гендерному признаку. Если бы юноши и девушки были представлены среди обследованных равномерно (так же, как в генеральной совокупности), деление на группы наблюдения имело бы следующий характер: лица без наличия алкогольной пивной зависимости – 65%; лица, чрезмерно употребляющие алкоголь (пиво) – 13,3%; лица, употребляющие пиво с вредными последствиями или имеющие зависимость от пива – 21,7%.

Эти данные незначительно отличаются от тех, что были получены на выборке обследованных – более половины молодых людей имеет проблемы со злоупотреблением пивом.

Таблица 3.1.4 - Распределение обследованных по возрасту

Исследуемые группы	Возраст					
	15-16 лет		17-18 лет		19-22 года	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 группа (клиническая норма) (n=268)	120	89,5	95	52,8	53	67,9
2 группа (n=43)	8	6,0	22	12,2	13	16,7
3 группа (n=81)	6	4,5	63	35,0	12	15,4
Всего	134	100,0	180	100,0	78	100,0

Данные, приведенные в таблице 3.1.4, свидетельствуют о том, что с возрастом распространенность среди учеников лицея, техникумов и училища проблем, связанных с употреблением пива, увеличивается, достигая максимума в группе "19-22 года". Среди этих молодых людей более 70% имеют проблемы с употреблением пива разной степени выраженности. В то же время, клинически выраженные формы пивной зависимости (F10.1 «Употребление алкоголя с вредными последствиями» и F10.2 «Синдром

зависимости вследствие употребления алкоголя») чаще встречаются у лиц в возрасте 17-18 лет (35%). Причин этого может быть несколько. Во-первых, ученики с такой патологией испытывают, как правило, серьезные проблемы с соблюдением требований учебно-воспитательного процесса и усвоением учебных программ уже на младших курсах, в результате чего выбывают из своих учебных заведений. Во-вторых, можно предположить, что лица в возрасте 19-22 лет более ответственно и осторожно относятся к собственному поведению, связанному с употреблением алкоголя (в том числе, пива). Эти данные дают основание рассматривать возрастную группу 17-18 лет как базовую для проведения своевременных диагностических и коррекционных мероприятий в отношении пивной зависимости. В то же время, целевой аудиторией для проведения психопрофилактических мероприятий следует, на наш взгляд, считать возрастную группу 15-16 лет, поскольку после завершения этого периода отмечается значительный подъем распространенности проблем, связанных с злоупотреблением пивом. Так как по возрасту, как и по полу, обследованные в нашей выборке оказались разделенными неравномерно (не так, как в генеральной совокупности), нами был проведен расчет распределения учащихся на группы наблюдения при условии стандартизации выборки по фактору возраста. С помощью этой процедуры мы установили, что, при условии равномерного распределения учащихся по возрасту, доля лиц без алкогольной пивной зависимости составила бы 45,4%, тех, кто чрезмерно употребляет пиво – 36,3%, тех, кто употребляет пиво с вредными последствиями или имеет от него зависимость – 18,3%. Таким образом, именно это соотношение более точно отражает реальную картину по распространенности пивного алкоголизма среди лиц молодого возраста (15-22 года).

Установлена статистическая связь между местом проживания учащихся и их распределением на группы наблюдения (таблица 3.1.5): чем меньше населенный пункт, тем больше доля лиц, употребляющих пиво с вредными

последствиями или имеющих зависимость от пива. Таким образом, учащихся, проживающих в селе или поселке, можно рассматривать как группу риска развития злоупотребления пивом.

Таблица 3.1.5 - Распределение обследованных по уровню урбанизации

Исследуемые группы	Место проживання							
	крупный индустриальный город		небольшой город		поселок		село	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 группа (клиническая норма) (n=268)	110	73,8	78	69,7	37	62,7	43	59,7
2 группа (n=43)	10	6,9	12	10,7	10	17	11	15,3
3 группа (n=81)	29	19,5	22	19,6	12	20,3	18	25,0
Всего	149	100,0	112	100,0	59	100,0	72	100,0

Как видно из таблицы 3.1.6, уровень образования не оказывает существенного влияния на вероятность возникновения у учащихся проблем с употреблением пива ($p>0,05$).

Таблица 3.1.6 -Распределение исследуемого контингента по уровню образования

Исследуемые группы	Уровень образования			
	неполное среднее		среднее	
	абс.	%	абс.	%
1 группа (клиническая норма) (n=268)	173	66,5	95	72,0
2 группа (n=43)	31	11,9	12	9,1
3 группа (n=81)	56	21,6	25	18,9
Всего	260	100,0	132	100,0

В группе лиц с как неполным средним, так и со средним образованием, около 70% не имеет алкогольной пивной зависимости, а около 20% – её имеют. При этом, в каждой из групп около 70% обследованных имеют неполное среднее образование.

При изучении материально-бытовых условий жизни обследованных

отмечено статистически значимое (p<0,001) преобладание неудовлетворительных материально-бытовых условий жизни над удовлетворительными (таблица 3.1.7).

Таблица 3.1.7 - Распределение исследуемого контингента в соответствии с материально-бытовыми условиями

Исследуемые группы	Материально-бытовые условия			
	удовлетвори-тельные		неудовлетвори-тельные	
	абс.	%	абс.	%
1 группа (клиническая норма) (n=268)	220	70,1	48	61,5
2 группа (n=43)	35	11,1	8	10,3
3 группа) (n=81)	59	18,8	22	28,2
Всего	314	100,0	78	100,0

Анализ данных, приведенных в таблице 3.1.8, позволяет утверждать, что большинство подростков во всех трех исследуемых группах воспитывалось родителями, однако около трети опрошенных назвали в качестве основных воспитателей братьев или сестер и других членов семьи, и даже чужих людей (воспитателей школ-интернатов).

Таблица3.1.8 - Распределение исследуемого контингента по признаку учёта того, кто принимал наибольшее участие в их воспитании

Группа наблюдения	Лица, принимавшие наибольшее участие в воспитании обследованных							
	родители		брат/сестра		другие родственники		воспитатели интерната	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1группа (клиническая норма) (n=268)	226	81,6	21	60,0	12	35,3	9	19,6
2 группа (n=43)	18	6,5	5	14.3	9	26,5	11	23,9
3 группа (n=81)	33	11,9	9	25,7	13	38,2	26	56,5
Всего	277	100,0	35	100,0	34	100,0	46	100,0

У обследованных, воспитывавшихся кем-либо из родственников (кроме

родителей, брата/сестры) либо воспитателями школ-интернатов, отмечен, при наличии невротических расстройств, высокий уровень как субклинического (соответственно, у 26,5% и 23,9%), так и клинического (соответственно, у 38,2% и 56,5%) употребления пива, что значимо выше, чем в группе воспитывавшихся родителями ($p<0,05$ во всех случаях). Таким образом, можно констатировать, что фактор семейного воспитания является значимым для формирования неадаптивных типов поведения, связанного с употреблением пива, а соответствующая профилактическая работа должна быть направлена в первую очередь на молодых людей, воспитывающихся не родителями и не братьями/сестрами.

Подытоживая результаты анализа связи социально-демографических факторов с риском формирования пивной зависимости, отметим, что такими факторами являются мужской пол, возраст 19-22 года (для клинически очерченных форм пивной зависимости – 17-18 лет), проживание в небольших населенных пунктах, неудовлетворительные социально-бытовые условия, воспитание посторонними лицами или дальними родственниками.

Во время обследования учащихся лицея, техникумов и училища мы собирали информацию об особенностях употребления респондентами пива и других алкогольных напитков. На рисунке 3.1.1 представлено распределение обследованных в соответствии с ответами на вопрос о частоте употребления пива.

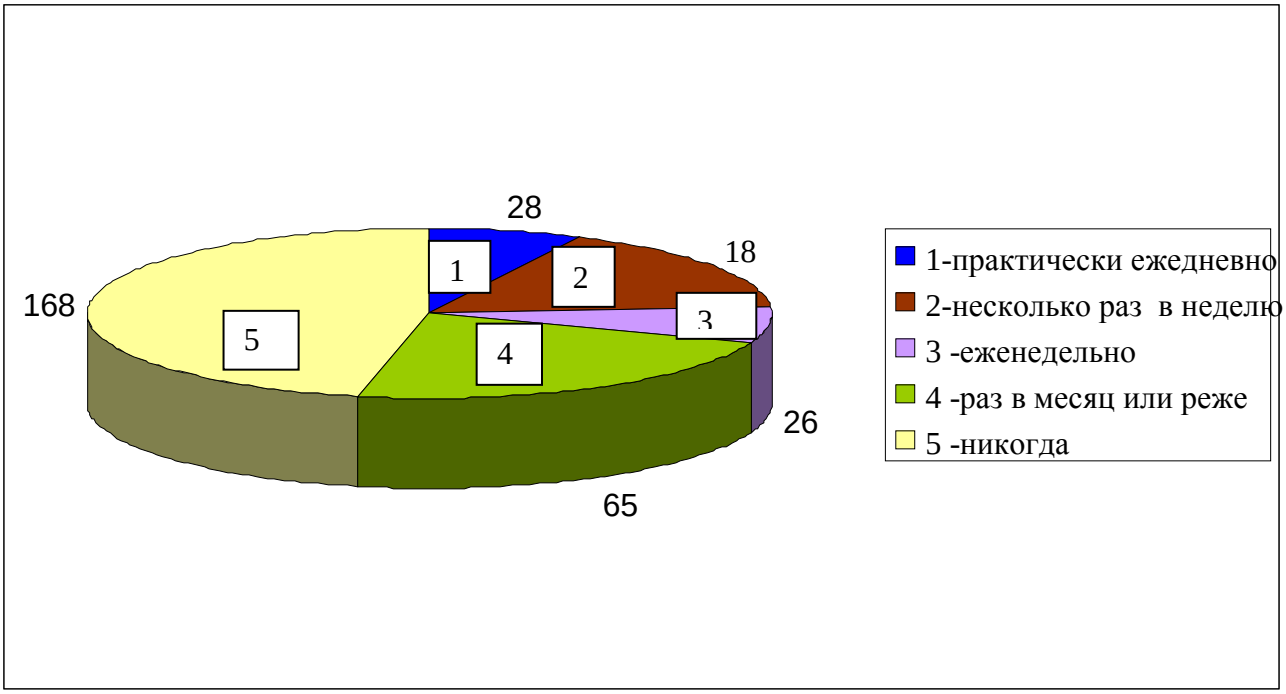

Рис. 3.1.1 - Распределение обследованного контингента по частоте употребления пива

Полученные данные свидетельствуют о том, что пиво употребляет больше половины учеников, в том числе, 30,6% – еженедельно и чаще. Это подтверждает, что пиво является довольно популярным напитком среди обследованного контингента, а для почти трети учащихся – частью их образа жизни.

Среди тех, кто употребляет пиво, обычная его доза составляет не более 1 бутылки (0,5 л) у 90 человек (43,1%), от одной до двух бутылок – у 64 человек (30,6%), от 2 до 3 бутылок – у 28 человек (13,4), 3,5-4 бутылки – у 15 человек (7,2%), 5 и более бутылок – у 12 человек (5,7%).

Интересно сопоставить эти данные с ответами на вопрос о наличии у обследованных проблем, связанных с употреблением пива (табл. 3.1.9 и 3.1.10).

Как видно из таблицы 3.1.9, более 80% опрошенных признавали, что употребляли пиво в большей дозе, чем хотели, только 3,8% отметили, что такое случалось часто, и еще 11,2% – время от времени. Подобным же образом ученики отвечали на вопросы о наличии у них проблем, связанных с употреблением пива – признавались, что такое случалось часто 3,1%, а время

от времени – еще 9,9%.

Таблица 3.1.9 - Распределение обследованных по результатам анкетирования относительно модуса употребления пива

Варианты ответов	Количество лиц, избравших тот или иной вариант ответа на вопрос			
	«Случалось, что вы употребляли пиво в большей дозе, чем желали?»		«Были ли у вас проблемы, связанные с употреблением пива?»	
	абс.	%	абс.	%
Часто	15	3,8	12	3,1
Время от времени	44	11,2	39	9,9
Один или несколько раз	18	4,6	16	4,1
Никогда	315	80,4	325	82,9

Если сопоставить эти данные с выявленной нами распространенностью среди исследованного контингента синдрома зависимости вследствие употребления пива (F10.24) и употребления алкоголя с вредными последствиями (F10.1), которая в совокупности составила 20,7%, можно прийти к следующему заключению: подросткам, страдающим невротическими расстройствами, связанными с употреблением пива, свойственна анозогнозия в отношении указанных расстройств и почти полное игнорирование их вредных последствий. Этот вывод подтверждается данными таблицы 3.1.10 – только 12,1% опрошенных признали при анкетировании, что по крайней мере раз в неделю, выпивая пиво, не могут остановиться, а более 80% учеников вообще не признавали существования таких ситуаций. Пренебрежительно относились опрошенные (в том числе, те, у кого во время обследования было выявлено негативное влияние употребления пива на психическое здоровье) к возможным вредным последствиям этого: лишь 10,2% респондентов (40 чел.) обращали внимание на то, что из-за питья пива они не выполняли какие-то важные дела. Признавались, что хотя бы раз за последний год после употребления пива в предыдущий день были вынуждены утром вновь выпить пиво, лишь 12,5% (49 чел.). Вместе с тем, чувство раскаяния или вины после

употребления пива часто возникало лишь у 30 опрошенных (7,7%), тогда как 87,5% не испытывали его никогда. При этом, 4,1% опрошенных (16 человек) признавали, что посторонние люди (родственники, знакомые, учителя или медицинские работники) неоднократно проявляли обеспокоенность относительно чрезмерного употребления ими пива; один или несколько раз такое случалось с 8,4% опрошенных (33 чел.).

Таблица 3.1.10 - Распределение обследованных по результатам анкетирования о наличии вредных последствий употребления пива

Варианты ответов	Количество лиц, избравших тот или иной вариант ответа на вопрос					
	«Как часто за последний год вы отмечали, что, начав пить пиво, не можете остановиться?»		«Как часто за последний год вам необходимо было выпить утром пиво после предыдущей выпивки?»		«Как часто за последний год вы не выполняли необходимого из-за выпивки пива?»	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
практически ежедневно	12	3,1	7	1,8	6	1,5
несколько раз в неделю	21	5,4	16	4,1	14	3,6
еженедельно	14	3,6	8	2,0	5	1,3
раз в месяц и реже	28	7,1	18	4,6	15	3,8
никогда	317	80,9	343	87,5	352	89,8

Признавали, что в результате выпивок неоднократно подвергались телесным повреждениям 16 учащихся (4,1%), а еще с 46 лицами (11,7%) это было один или несколько раз.

Обобщенная информация, предоставленная респондентами о наличии ссор в семье из-за употребления ими пива, негативного влияния пива на учебу или работу, а также случаев сокрытия фактов употребления учащимися пива от окружающих приведена в таблице 3.1.11. Как видно из данной таблицы,

лишь 16,9% обследованных родственники ругали за употребление пива и только у 14,8% обследованных была необходимость скрывать факты употребления спиртного от окружающих.

Таблица 3.1.11 - Распределение обследованных по результатам анкетирования о наличии социальных последствий употребления пива

Варианты ответов	Количество лиц, избравших тот или иной вариант ответа на вопрос					
	«Были ли ссоры в вашей семье из-за употребления вами пива?»		«Мешало ли учебе или работе употребление вами пива?»		«Пытались ли вы скрыть от окружающих употребление пива?»	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
неоднократно	16	4,1	8	2,0	13	3,3
раз или два	50	12,8	37	9,4	45	11,5
никогда	326	83,2	347	88,5	334	85,2

Сравнение этих данных с долей учеников, которые были после клинического обследования отнесены ко второй и третьей исследуемым группам (соответственно, 11% и 20,7%), дает основания утверждать, что злоупотребление молодежью пивом не становится предметом внимания и заботы их социального окружения. Во время опроса учащихся мы также изучали психологические мотивы употребления ими пива (рис. 3.1.3). Как видно из данного рисунка, 30,6% опрошенных пили пиво для улучшения настроения, 12,8% – для уменьшения раздражительности, а еще 10,0% – для уменьшения чувства вины или беспокойства. Таким образом, можно утверждать, что употребление пива достаточно часто используется лицами молодого возраста как механизм овладения стрессом. Поскольку употребление молодыми людьми алкоголя не ограничивается пивом, мы изучали, каким видам спиртных напитков они отдают предпочтение (таблица 3.1.12).

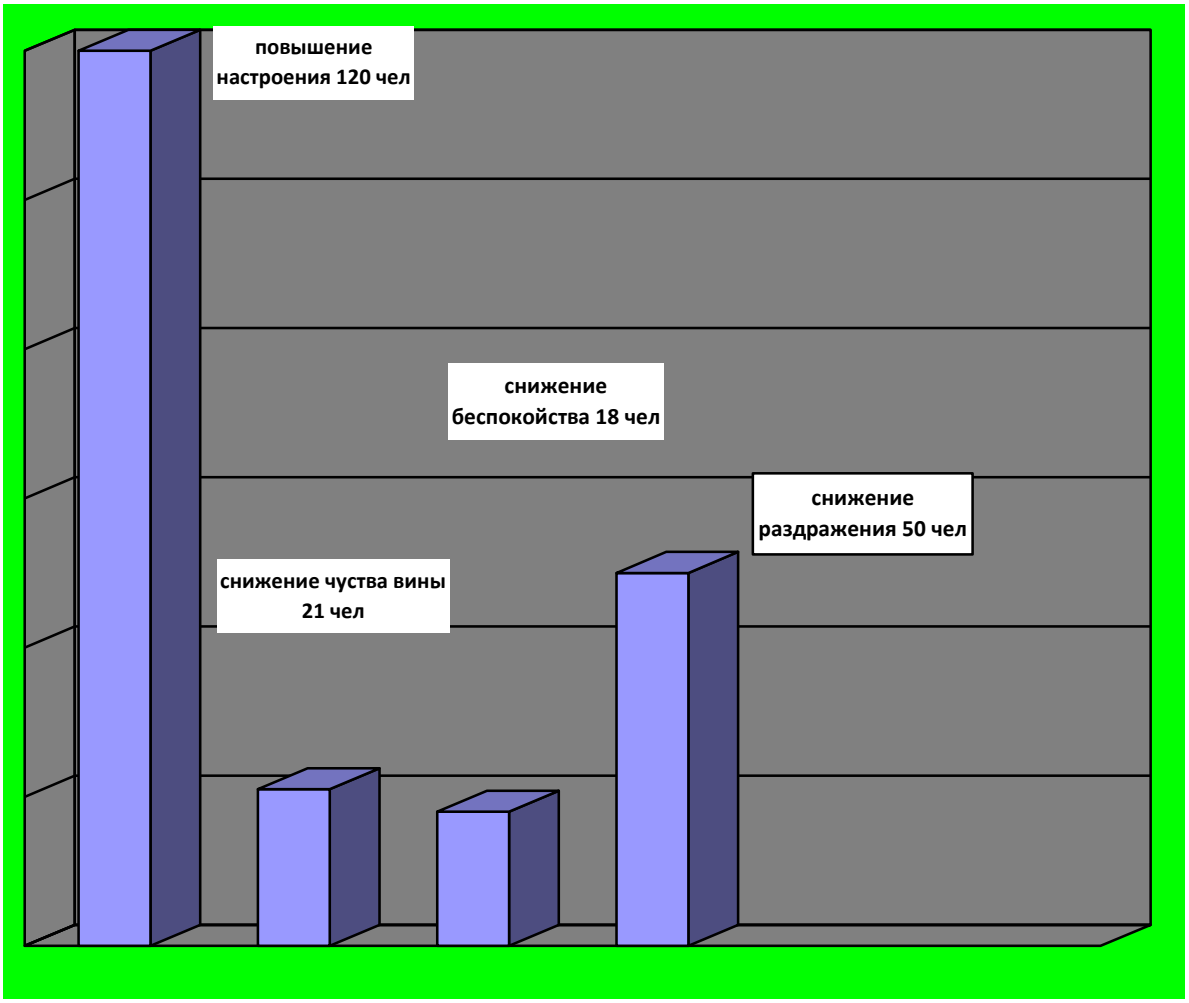

Рис. 3.1.3. Распространенность отдельных психологических мотивов употребления пива учениками лицея, техникума, училищ

Таблица 3.1.12 - Распределение лиц в исследуемых группах по виду предпочтения употребляемых спиртних напитков

Употребление пива и других алкогольных напитков	1 группа (клиническая норма) (n=268)		2 группа (n=43)		3 группа (n=81)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пиво	65	24,2	19	44,2	53	65,4
Сухое вино	35	13,1	9	20,9	8	9,9
Крепленое вино	-	-	8	18,6	11	13,6
Водка (другие крепкие напитки)	-	-	7	16,3	9	11,1

Не употребляют алкоголь вообще	168	62,7	-	-	-	-
Всего	268	100,0	43	100,0	81	100,0

Из таблицы 3.1.12 видно, что во всех трех группах молодые люди, употребляющие алкоголь, отдавали предпочтение пиву. Среди учеников, отнесенных ко второй группе (с субклиническим употреблением пива), значимо большая доля, чем в первой группе, назвала любимым спиртным напитком вино ($p<0,05$), а несколько учеников – водку. В группе с клинически очерченными формами алкогольной зависимости доля тех, кто выбрал вино вновь значимо уменьшается ($p<0,05$), однако значимо увеличивается удельный вес тех, кто отдает предпочтение водке и другим крепким спиртным напиткам. Таким образом, мы можем утверждать, что на фоне злоупотребления пивом у подростков происходит переход на крепкие алкогольные напитки или их присоединение, что оказывает большое влияние на утяжеление уже имеющейся алкогольной патологии. Это в дальнейшем приводит к нарушениям психического здоровья подростков и их социального функционирования.

Для уточнения указанных данных мы опрашивали обследованных относительно частоты одновременного употребления ими пива и других алкогольных напитков в день выпивки (таблица 3.1.13).

Таблица 3.1.13 - Количество одновременного употребляемого обследованными пива и других алкогольных напитков в день выпивки (в пересчете на крепкий алкоголь крепостью 40%) по данным теста AUDIT

Доза в пересчете на алкоголь крепостью 40% (мл)	1 группа (клиническая норма) (n=268)		2 группа(пива) (n=43)		3 группа (n=81)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
30-60	85	31,7	15	34,9	14	17,3
90-120	15	5,6	13	30,2	15	18,5
150-180	0	0,0	7	16,3	21	25,9

210-240	0	0,0	6	13,9	13	16,1
300 и больше	0	0,0	2	4,7	18	22,2
Не употребляют вообще алкоголь	168	62,7	-	-	-	-
Всего	268	100,0	43	100,0	81	100,0

Таким образом, сочетанное употребление пива и крепких алкогольных напитков, особенно водки, в дозе 30-300 мл в перерасчете на алкоголь крепостью 40% в момент выпивки наиболее выражено в группе с зависимостью от пива по сравнению с группой с рискованным или чрезмерным употреблением пива.

3.2. Невротические расстройства у лиц молодого возраста, злоупотребляющих пивом

По результатам клинико-психопатологического и психодиагностического обследования 392 учащихся техникумов, лицея и училища невротические расстройства (НР) (F4 согласно МКБ-10) были диагностированы у 124 человек, что составило 31,6% от общего количества обследованных. У юношей этот показатель составил 20,1%, у девушек – 11,5% (рис. 3.2.1).

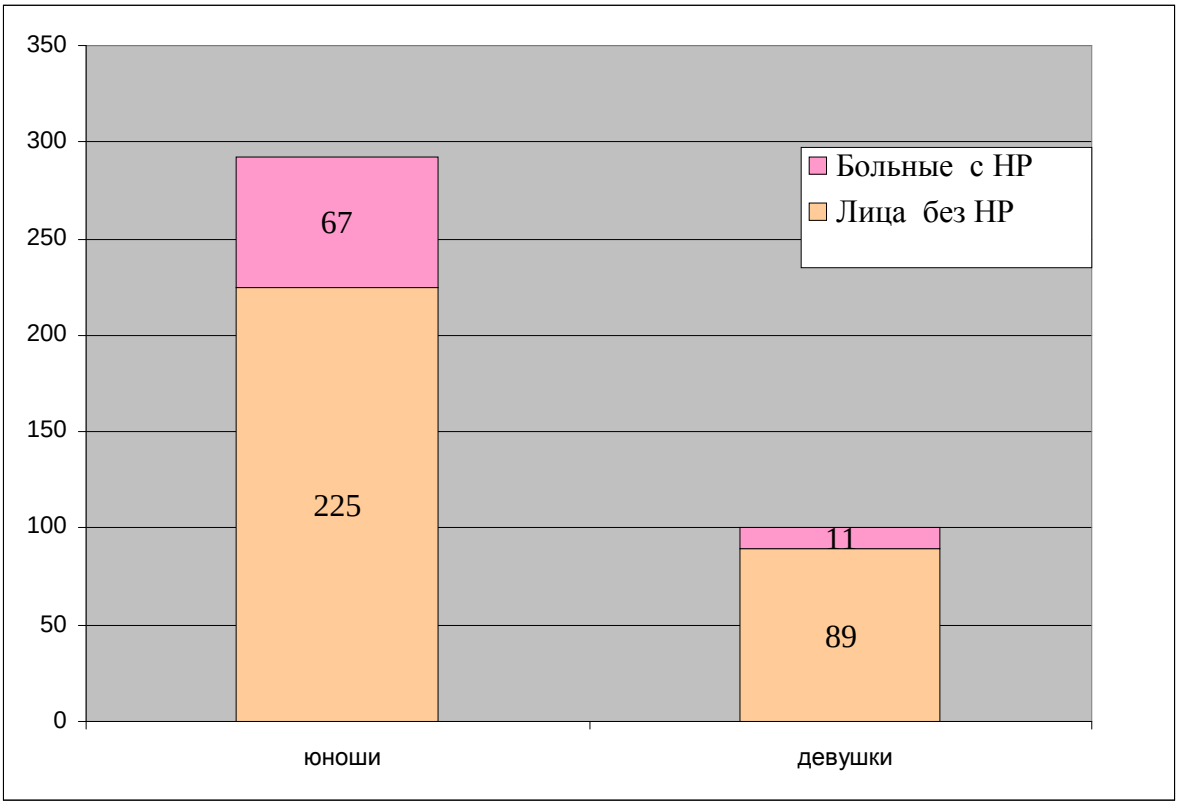

Рис. 3.2.1 - Гендерные различия распространенности невротических расстройств среди учащихся лицея, техникума, училища

Клиническая структура невротических расстройств, диагностированных у обследованных, представлена на рисунке 3.2.2 (диагностические рубрики МКБ-10), клиническая феноменология психопатологических расстройств у обследованного контингента – в таблицах 3.2.1-3.2.2, а нозологическая структура невротических расстройств, диагностированных у обследованных второй и третьей исследуемых групп, – в таблице 3.2.3.

Таблица 3.2.1 - Клиническая феноменология психопатологических расстройств у обследованного контингента (частота встречаемости признаков)

Симптомы (признаки)	Показатель частоты встречаемости симптомов в группах						Достоверность отличий (p по Стьюденту)		
	1 группа (n=268)		2 группа (n=43)		3 группа (n=81)		1 и 2гр.	2 и 3 гр.	1 и 3 гр.
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			

Медлительность, вялость, снижение энергичности	56	20,9	17	39,5	31	38,3	<0,01	>0,05	<0,01
Плохой аппетит	19	7,6	11	25,5	18	22,2	<0,05	<0,05	>0,05
Ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях	51	19,1	16	37,2	24	29,6	<0,01	>0,05	<0,05
Нарушение сна	26	9,7	17	39,5	22	27,2	>0,05	>0,05	>0,05
Подавленность и угнетенность	89	33,2	22	51,2	26	32,1	<0,05	<0,05	>0,05
Прежняя работа дается труднее и требует больших усилий	42	15,7	15	34,8	31	38,3	<0,001	>0,05	>0,05
Рассеянность и невнимательность	76	28,4	15	34,8	33	40,7	>0,05	>0,05	<0,05
Навязчивые воспоминания	14	5,22	10	23,2	17	20,9	<0,05	>0,05	<0,01
Ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин и нет	85	31,7	11	25,6	17	20,9	>0,05	>0,05	<0,01
Эмоциональная лабильность, невозможность сдерживать слезы	59	22,1	14	32,5	19	23,4	>0,05	>0,05	>0,05
Мысли, что в жизни мало радости и	59	22,1	14	32,5	19	23,4	>0,05	>0,05	>0,05

счастья									
Многократное повторение выполненных действий (выключен ли газ, вода, электричество, заперта ли дверь и т.д.)	31	11,5	14	32,5	13	16,1	<0,001	<0,05	>0,05
Неприятные ощущения в области сердца	59	22,1	11	25,5	23	28,4	>0,05	>0,05	>0,05
Звон в ушах или рябь в глазах	23	8,6	8	18,6	14	17,3	<0,05	>0,05	<0,05
Чувствительность и раздражение к яркому свету, громким звукам, резким краскам	32	11,9	13	30,2	15	18,5	<0,01	>0,05	>0,05

Анализ данных, приведенных в таблице 3.2.1, свидетельствует о том, что в первой группе обследованных с субклиническим употреблением алкоголя отмечена достоверно большая частота встречаемости, по сравнению с третьей группой такого симптома, как ощущение неопределенного беспокойства (как будто что-то должно случиться) без особых причин ($p<0,01$), что, вероятно, в большей степени характеризует психологические (субклинические) нарушения, чем нозологически очерченную патологию у обследованных и, возможно, – более высокую учебную нагрузку обследованных первой исследуемой группы.

Во второй группе обследованных у лиц с наличием невротических расстройств на фоне субклинического употребления алкоголя в сравнении с первой группой обнаружены достоверно более высокие значения частоты встречаемости следующих симптомов: прежняя работа дается труднее и

требует больших усилий; многократное повторение выполненных действий ($p<0,001$ для данных двух проявлений); медлительность, вялость, снижение энергичности; ощущение сдавливания в груди и нехватка воздуха при волнении; чувствительность и раздражение к яркому свету, громким звукам, резким краскам ($p<0,01$ для данных трёх проявлений); плохой аппетит; подавленность и угнетенность; навязчивые воспоминания; звон в ушах и рябь в глазах ($p<0,05$ для данных четырёх проявлений). Указанные достоверные отличия свидетельствует о значимости астенических, депрессивных и обсессивных проявлений как характеристики невротических расстройств, возникающих при субклиническом употреблении алкоголя обследованным контингентом лиц.

При этом, во второй группе отмечена также достоверно большая, чем в третьей группе, встречаемость подавленности и угнетенности, плохого аппетита и многократного повторения выполненных действий ($p<0,05$ для данных трёх проявлений), что свидетельствует о депрессивных и обсессивных нарушениях как специфических для больных с невротическими расстройствами при субклиническом употреблении алкоголя, в сравнении с коморбидной невротической и наркологической патологией.

Третью группу, в сравнении с лицами без психических расстройств первой группы, отличает достоверное преобладание следующих симптомов: медлительность, вялость, снижение энергичности; навязчивые воспоминания ($p<0,01$ для данных двух проявлений); ощущение сдавливания в груди и нехватка воздуха при волнении; рассеянность и невнимательность; звон в ушах или рябь в глазах ($p<0,05$ для данных трёх проявлений), что свидетельствует о превалировании астенических (возможно, церебрастенических), обсессивных проявлений, характеризующих коморбидную патологию в данной группе.

Таблица 3.2.2 - Клиническая феноменология психопатологических расстройств у обследованного контингента (частота встречаемости признаков) (продолжение)

Симптомы (признаки)	Показатель частоты встречаемости симптомов в группах						Достоверность отличий (p по Стьюденту)		
	1 группа (n=268)		2 группа (n=43)		3 группа (n=81		1 и 2гр.	2 и 3 гр.	1 и 3 гр.
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Сильная усталость к концу рабочего дня	85	31,7	14	32,5	18	22,2	>0,05	>0,05	>0,05
Головокружение и потемнение в глазах	31	11,5	11	25,6	26	32,1	<0,05	>0,05	<0,001
Непроизвольные подергивания век, скул, головы при волнении	15	5,6	8	18,6	12	14,8	<0,01	>0,05	<0,001
Кошмарные сновидения	16	5,9	9	20,9	14	17,3	<0,001	>0,05	<0,01
Тревога и беспокойство	9	3,5	10	23,3	16	19,7	<0,001	>0,05	>0,05
Ком в горле при волнении	5	1,8	10	23,3	13	16,1	<0,01	>0,05	<0,01
Ощущение одиночества	47	17,5	10	23,3	18	22,2	>0,05	>0,05	>0,05
Потливость при волнении	21	7,8	15	34,8	17	20,9	<0,001	>0,05	<0,01
Равнодушное и неприязненное	23	8,6	6	13,9	19	23,5	>0,05	>0,05	<0,001

отношение к Вам окружающих									
Легко ли меняется Ваше настроение	61	22,7	14	32,5	27	33,3	>0,05	>0,05	<0,05
После сильного расстройства Вы теряли голос или у Вас отнимались руки или ноги	20	7,5	7	16,3	23	28,4	>0,05	>0,05	<0,001
Появление зуда кожи или сыпи при волнениях	5	1,8	11	25,5	24	29,6	>0,05	>0,05	<0,05
Совершаете ли Вы машинально ненужные действия (потираете руки, поправляете одежду, приглаживаете волосы и т.д.)	48	17,9	8	18,6	29	35,8	>0,05	<0,05	<0,001

В соответствии с данными, приведеннями в табл. 3.2.2, в первой группе симптомы, достоверно превышающие по частоте встречаемости симптомы обследованных двух других групп, не выявлены.

Во второй группе у лиц с наличием невротических расстройств на фоне субклинического употребления алкоголя в сравнении с первой группой выявлены достоверно большие значения частоты встречаемости следующих симптомов: кошмарные сновидения; тревога и беспокойство; потливость при волнении ($p<0,001$ для данных трёх проявлений); ком в горле при волнении; непроизвольные подергивания век, скул, головы при волнении ($p<0,01$ для данных двух проявлений); головокружение и потемнение в глазах ($p<0,05$), что свидетельствует о большей выраженности тревожных и астенических проявлений, чем в первой группе.

В третьей группе обследованных, по сравнению с первой, имели место достоверно большие значения следующих признаков: головокружение и потемнение в глазах, непроизвольные подергивания век, скул и головы при волнении, потеря голоса при сильних волнениях, совершение машинально ненужных действий ($p<0,001$), потливость при волнении, ком в горле при волнении, кошмарные сновидения $p<0,01$), зуд кожи или сыпь при волнении, частая смена настроения ($p<0,05$), что свидетельствует об астенических, эмоционально лабильных, обсессивных, диссоциативных, проявлених с восприятием окружающих как равнодушных и неприязненно относящихся к больным.

Третья группа, по сравнению со второй, характеризовалась достоверным преобладанием частоты машинально совершаемых ненужных действий ($p<0,05$).

Таким образом, в первой группе обследованных с субклиническим употреблением алкоголя отмечена достоверно большая частота встречаемости, по сравнению с третьей группой, ощущения неопределенного беспокойства без особых причин, что, вероятно, свидетельствует о меньшей степени тревожности при коморбидной патологии.

Вторая группа, по сравнению с первой, демонстрирует большую частоту астенических, депрессивных, обсессивных, а также тревожных проявлений. При этом, во второй группе также отмечена достоверно большая, чем в третьей группе, встречаемость депрессивных симптомов и обсессивного многократного повторения выполненных действий.

Третью группу, в сравнении с первой, характеризует превалирование астенических (возможно, церебрастенических), эмоционально лабильных, обсессивных, диссоциативных проявлений, с восприятием окружающих как равнодушных и неприязненно относящихся к больным. В сравнении со второй, третья группа характеризовалась большей частотой обсессивных машинально совершаемых ненужных действий.

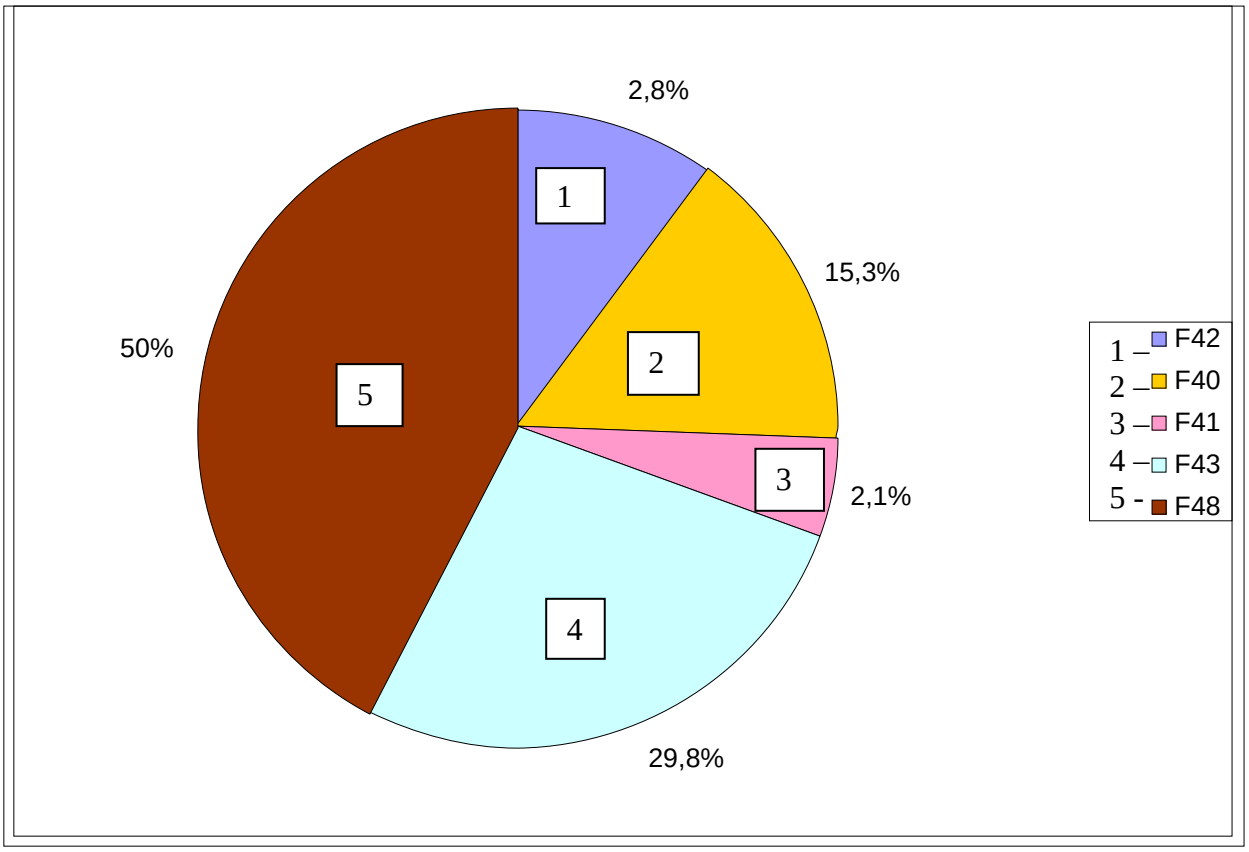

Рис. 3.2.2 - Структура невротических расстройств, диагностированных у обследованных второй и третьей исследуемых групп (2 группа – учащиеся с наличием невротических расстройств(клинические диагнозы из группы F4) на фоне субклинического употребления алкоголя (пива), 3 группа – учащиеся, с наличием невротических расстройств (клинические диагнозы из группы F4) в сочетании с употреблением алкоголя с вредными последствиями (F10.1) и синдромом зависимости от алкоголя (F10.2)).

Таблица 3.2.3 -Нозологическая структура невротических расстройств, которые были диагностированы у обследованных второй и третьей групп наблюдения

Шифр согласно МКБ-10	Вторая группа наблюдени (n=43)		Третья группа наблюдения (n=81)		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
F40-F42	10	23,2	15	18,5	25	20,2
F43.2	12	27,9	25	30,9	37	29,8

F48.0	21	48,9	41	50,6	62	50
Всего	43	100,0	81	100,0	124	100,0

Как видно из таблицы и рисунка, в структуре невротических расстройств у обследованных преобладает неврастения (F48.0 – 50%), при этом ее удельный вес был почти одинаковым в обеих группах наблюдения. Второе место по распространенности занимали расстройства адаптации (F43.2 – 29,8%), причем у учащихся с наличием невротических расстройств на фоне нозологического употребления алкоголя в сравнении с второй группой наблюдения этот процент оказался выше (30,9 % и 27,9% соответственно). Тревожные, фобические и обсессивно –компульсивные расстройства (F40 - F42) занимают по распространенности третье место – 20,2% с определенным преобладанием во второй группе наблюдения. Другие НР встречались у обследованного контингента значительно реже. На основании приведенных данных можно прийти к выводу, что в группе учащихся с наличием невротических расстройств (клинические диагнозы из группы F4) в сочетании с употреблением алкоголя с вредными последствиями (F10.1) и синдромом зависимости от алкоголя (F10.2) на первый план выходят невротические расстройства, среди которых ведущее место занимают неврастения и расстройства адаптации. Это может усложнять приспособления учащихся к требованиям учебно-воспитательного процесса в их учебных заведениях.

Нами изучена частота возникновения отдельных психопатологических нарушений у обследованных с невротическими расстройствами, что дало возможность охарактеризовать их клинический смысл. Данные по распределению симптомов в структуре клинической картины наиболее распространенного среди обследованных невротического расстройства, неврастении (F48. 0), представлены в таблице 3.2.4.

Таблица 3.2.4 - Психические нарушения при неврастении и у психически здоровых обследованных (частота встречаемости признаков)

Симптомы (признаки)	Показатель частоты встречаемости симптомов (признаков) в группах						Достоверность отличий (p по Стьюденту)		
	1 группа (n=268)		2 группа (n=21)		3 группа (n=41)		1 и 2гр.	2 и 3 гр.	1 и 3 гр.
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Повышенная психическая утомляемость	10	4,1	12	57,1	22	53,6	<0,001	>0,05	>0,05
Повышенная физическая утомляемость	12	4,4	17	81,0	35	85,4	>0,05	>0,05	>0,05
Ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях	53	19,7	16	76,1	22	53,6	<0,01	>0,05	>0,05
Нарушение сна	12	4,4	14	66,6	23	56,1	<0,001	>0,05	>0,05
Раздражительность	28	10,4	17	81,0	31	75,7	<0,001	>0,05	>0,05
Рассеянность и невнимательность	14	5,2	16	76,1	34	82,9	<0,01	>0,05	>0,05
Навязчивые воспоминания	11	4,1	10	47,6	17	41,5	<0,01	>0,05	<0,01
Головная боль, головокружение	38	14,2	14	66,6	34	82,9	<0,01	>0,05	>0,05
Эмоциональная лабильность,	10	3,7	16	76,2	32	78,1	>0,05	>0,05	>0,05

невозможность сдерживать слезы									
Повышенная потливость	22	8,2	8	39,0	15	36,5	<0,01	>0,05	>0,05
Звон в ушах или рябь в глазах	5	1,8	10	47,6	15	36,5	>0,05	>0,05	<0,01
Чувствительность и раздражение к яркому свету, громким звукам, резким краскам	5	1,8	13	62,0	20	48,0	<0,01	>0,05	>0,05

Согласно данным, представленным в табл. 3.2.4, частота встречаемости изучавшихся нами симптомов в первой группе с субклиническим употреблением алкоголя, при отсутствии психических расстройств согласно МКБ-10, достоверно не превышала показателей при неврастении в двух других группах.

В группе 2 при неврастении, в сравнении группой 1, выявлена достоверно большая встречаемость повышенной психической утомляемости, нарушений сна, раздражительности ($p<0,001$), ощущений сдавливания в груди и чувства нехватки воздуха при волнениях, рассеянности внимания, навязчивых воспоминаний, головной боли и головокружений, повышенной потливости, чувствительности к яркому свету, громким звукам, резким краскам ($p<0,01$), что характеризует специфику неврастении у обследованных без коморбидной клинически выраженной наркологической патологии. В группе 3 наличие неврастении, в сравнении с группой 1, характеризовалось достоверно большей встречаемостью навязчивых воспоминаний, звона в ушах или «ряби» в глазах ($p<0,01$), что характеризует специфику неврастении у данных больных.

Таким образом, неврастения при субклиническом употреблении алкоголя обследуемыми характеризуется, при сопоставлении с психически здоровыми лицами, гораздо большим спектром достоверных отличий

(связанных с симптомами, которые могут быть расценены как проявления астении), чем неврастения с коморбидной нозологически очерченной наркологической патологией, т.е., можно сделать вывод о том, что во второй группе (несмотря на отсутствие достоверных отличий между второй и третьей группами) неврастения отличалась «большей невротической типичностью», в сравнении с третьей группой.

Приводим пример клинического наблюдения.

Студентка П., 18 лет, (№95), образование среднее, учащаяся медсестринского отделения. Выявлена активно, при проведении скринингового обследования.

В беседе предъявляет жалобы на «постоянное чувство волнения, беспокойства», появление слабости, нарушение сна, обидчивость, раздражительность. Незначительные ошибки в учебе воспринимаются ей серьезными проблемами, чувство тревоги при этом усиливается, снижается настроение. Также снижаются желание заниматься повседневными делами, их продуктивность. Ночной сон поверхностный, испытывает трудности при засыпании.

Из данных анамнеза: родилась единственным ребенком в семье, мать умерла при родах. Росла и развивалась соответственно возрасту. С детства была впечатлительной, эмоциональной, учеба в общеобразовательной школе давалась с трудом. Воспитывалась с детства бабушкой и тетей. В школе училась хорошо и удовлетворительно. Не замужем, в настоящее время проживает в общежитии медицинского училища. Материально-бытовые условия в семье характеризует как удовлетворительные. Ухудшение психического состояния отметила после ряда конфликтных ситуаций, связанных с неудовлетворительными оценками по специализированным предметам. В течение последних трех месяцев после занятий 1 раз в неделю и чаще в компании девушек из общежития стала употреблять алкогольные напитки, в частности, пиво в дозе 0,5 литра и более, при этом могла сочетать

прием пива с употреблением крепких алкогольных напитков (коньяка) в дозе 50-100 мл.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Частота пульса – 75 ударов в минуту, артериальное давление – 120 и 80 мм рт. ст. Со стороны нервной системы: сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, выражен гипергидроз ладоней. В позе Ромберга – тремор пальцев вытянутых рук, горизонтальный нистагм.

Психическое состояние. В беседу вступает охотно. Ориентирована во всех видах правильно. Галлюцинаторно-параноидную симптоматику отрицает. Раздражительна, обидчива, в беседе начинает сразу плакать. Говорит, что в последнее время часто испытывает головную боль «голову как будто сдавливает обручем», особенно при наличии яркого света, шума и громких голосов. Считает себя рассеяной – «несколько минут слушаю лекцию, затем ловлю себя на мысли, что думаю о другом и не могу сосредоточиться». Считает, что ей не стоит посещать некоторые предметы, так как они даются ей с трудом, и при этом появляются неприятные ощущения в руках, ногах и во всем теле. Фон настроения снижен. Фиксирована на неблагоприятной обстановке, связанной с учебой, при этом испытывает тревогу из-за возможного отчисления. Сон нарушен, поверхностный, с частыми пробуждениями. Соглашается на участие в психотерапевтических мероприятиях.

По данным психологического обследования, значение показателя невротизации по опроснику Яхина–Менделевича(-21) по шкале невротическая депрессия, уровень реактивной тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина – 46 баллов, уровень личностной тревожности – 48 баллов. Значение уровня депрессии по шкале Зунга – 52 балла.

Выводы: Неврастения – F48.0. Употребление алкоголя с вредными последствиями – F10.1.

Изучение показателей симптоматики при расстройствах адаптации

F43.2 (шифр по МКБ-10 – F43.2) у учащихся техникумов, училища и лицея позволил выявить, что, несмотря на клиническую близость симптомов, у этих пациентов можно наблюдать существенные различия.

Частота выявления отдельных психических симптомов в структуре расстройств адаптации в группах представлена в таблице 3.2.5.

Таблица 3.2.5 - Психические нарушения при расстройствах адаптации и у психически здоровых обследованных (частота встречаемости признаков)

Симптомы (признаки)	Показатель частоты встречаемости симптомов (признков) в группах						Достоверность отличий (р по Стьюденту)		
	1 группа (n=268)		2 группа (n=12)		3 группа (n=25)		1 и 2 гр.	2 и 3 гр.	1 и 3 гр.
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Неустойчи-вость настроения	24	8,9	11	91,0	21	84,0	<0,05	>0,05	<0,05
Снижение концентрации внимания	17	6,3	9	75,0	18	83,0	<0,01	>0,05	<0,01
Раздражи-тельность	19	7,15	10	91,6	18	72,0	<0,05	>0,05	<0,05
Эмоциональ-ное напряжение	14	5,2	8	66,6	17	68,0	<0,05	>0,05	<0,05
Нарушение сна	12	4,4	10	66,6	19	56,1	p<0,001	>0,05	>0,05
Сердцебиение	11	4,1	7	58,3	14	56,0	<0,01	>0,05	<0,05
Снижение аппетита	19	7,15	11	52,3	18	44,0	<0,05	>0,05	<0,05
Потливость	22	8,2	8	39,0	15	36,5	p<0,01	>0,05	>0,05
Тремор в теле	8	2,9	8	39,0	15	36,5	p<0,05	>0,05	<0,001

Психическое утомление	10	4,1	12	57,1	22	53,6	p<0,001	>0,05	>0,05
Страх одиночества	8	2,9	8	39,0	15	36,5	p<0,05	>0,05	<0,001
Тревога	9	3,5	10	23,3	16	19,7	<0,001	>0,05	>0,05
Пессимисти-ческое видение будущего	11	4,1	7	58,3	14	56,0	<0,01	>0,05	<0,05

Из оценки приведенных в таблице 3.2.5 данных о частоте встречаемости исследованных нами симптомов следует, что в первой группе психически здоровых лиц с субклиническим употреблением алкоголя отсутствуют достоверно большие значения указанных показателей в сравнении с двумя другими группами больных, у которых диагностированы расстройства адаптации.

При расстройствах адаптации в группе 2, в сравнении с группой 1, выявлена достоверно большая встречаемость нарушений сна, психического утомления, тревоги ($p<0,001$), снижения концентрации внимания, сердцебиения, потливости, пессимистического видения будущего ($p<0,01$), неустойчивости настроения, раздражительности, эмоционального напряжения, снижения аппетита, тремора в теле, страха одиночества ($p<0,05$), что характеризует клиническую специфику расстройств адаптации при отсутствии коморбидной клинически очерченной наркологической патологии у обследованных. В группе 3, по сравнению с группой 1, достоверно чаще встречались тремор в теле, страх одиночества ($p<0,001$), снижение концентрации внимания ($p<0,01$), неустойчивость настроения, раздражительность, эмоциональное напряжение, сердцебиение, снижение аппетита, пессимистическое видение будущего ($p<0,05$). Указанные отличия характеризуют специфику клинических проявлений расстройств адаптации, коморбидных с клинически очерченной патологией вследствие употребления алкоголя (пива)Таким образом, при отсутствии достоверных отличий между

второй и третьей исследуемыми группами, при расстройствах адаптации у обследованных нами выявлены отчетливые астенические (более выраженные при субклиническом употреблении алкоголя), тревожные и депрессивные проявления.

Приводим пример клинического наблюдения.

Студент К., 17 лет, (№77), образование среднее, учащийся профессионально- технического училища №22. Выявлен активно, при проведении скринингового обследования.

В беседе предъявляет жалобы на снижение настроения и концентрации внимания на чем-либо, особенно на занятиях и выполнении домашних заданий, нарушение сна, тревогу, страх, дрожь и тремор при волнении, потерю аппетита, раздражительность, сердцебиение. Общение со сверстниками даётся с трудом, так как предпочитает держаться обособленно в стороне, что вызывает сарказм и насмешки у окружающих. Пассивен на уроках, при ответах напряжен, скован, теряется даже при малейшем замечании учителя. Иногда выражение реакции тревожности у данного студента сопровождается тиками, заиканием с возникновением головной боли с тошнотой и резкой слабостью. Ночной сон поверхностный, испытывает трудности при засыпании.

Из данных анамнеза. Родился в полноценной семье, вторым ребенком. Роды у матери протекали тяжело. Рос и развивался соответственно возрасту. В возрасте 3 лет испытал сильный стресс, когда на улице его сильно покусала собака, после чего К. была оказана соответствующая медицинская помощь. После перенесенного стресса возникли тики при волнении и заикание. В школе учился удовлетворительно. Не женат, в настоящее время проживает в общежитии. Материально-бытовые условия в семье характеризует как удовлетворительные. Ухудшение психического состояния отметил 3 месяца назад, после ряда конфликтных ситуаций в семье, когда стал свидетелем насилия со стороны отца в отношении матери. Отец употребляет спиртные

напитки. В течение последних двух лет после занятий практически ежедневно стал сначала самостоятельно или в компании сверстников – соседей по дому – употреблять алкогольсодержащие напитки («для снятия стресса»), в частности, слабоалкогольные напитки, энергетические коктейли, пиво в дозе 1-1,5 литра и более.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Частота пульса – 80 ударов в минуту, артериальное давление – 125 на 75 мм рт. ст. Со стороны нервной системы: сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, выражен гипергидроз ладоней. В позе Ромберга – тремор пальцев вытянутых рук, горизонтальный и вертикальный нистагмы.

Психическое состояние. В беседу вступает охотно. Ориентирован во всех видах правильно. Галлюцинаторно-параноидную симптоматику отрицает. Раздражителен, в ответе на вопросы начинает заикаться. Говорит, что в последнее время часто испытывает головную боль, так как очень большие учебные нагрузки. Эмоционально напряжен, озабочен пребыванием в училище и предстоящей сессией. Фон настроения снижен. Фиксирован на неблагоприятной обстановке среди сверстников в группе, говорит, что ему легко общаться со своими друзьями вне училища, особенно выпивая при этом коктейль или пиво. Сон нарушен, поверхностный, с частыми пробуждениями. Соглашается на участие в психотерапевтических мероприятиях.

По данным психологического обследования, значение показателя тревоги по опроснику Яхина-Менделевича (- 34) по шкале невротическая депрессия, уровень реактивной тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина –47 баллов, уровень личностной тревожности – 49 баллов, значение уровня депрессии по шкале Зунга – 54 балла.

Выводы: Расстройство адаптации – F43.2. Синдром зависимости от алкоголя – F10.2.

Анализ показателей частоты встречаемости клинических симптомов при тревожно-фобических расстройствах (шифр F40-F42 по МКБ-10) у учащихся

техникумов, училища и лицея представлен в таблице 3.2.6.

Таблица 3.2.6 - Психические нарушения при тревожно-фобических расстройствах (шифр F40-F42 согласно МКБ-10) и у психически здоровых обследованных (частота встречаемости признаков)

Психопатологические (признаки)	Показатель частоты встречаемости психопатологических(признаков) в группах						Достоверность отличий (р по Стьюденту)		
	1 группа (n=268)		2 группа (n=10)		3 группа (n=15)		1 и 2гр.	2 и 3 гр.	1 и 3 гр.
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах	7	2,6	5	50,0	11	73,3	<0,01	>0,05	<0,01
Навязчивые воспоминания	11	4,1	6	60,0	11	73,3	<0,01	>0,05	<0,01
Ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин и нет	13	4,8	9	90,0	12	80,0	<0,01	>0,05	<0,01
Страх заболеть тяжелым заболеванием (рак, инфаркт, психическое заболевание и т.д.)	9	3,3	6	60,0	13	86,6	<0,01	>0,05	<0,01

Многократно выполняемые действия (выключен ли газ, вода, электричество, заперта ли дверь и т.д.	5	1,8	7	70,0	11	73,3	<0,05	>0,05	<0,01
Покалывание в пальцах рук и ног, или в теле, ползание мурашек, онемение или другие неприятные ощущения	12	4,4	8	80,0	12	80,0	<0,05	>0,05	<0,05
Непроизвольное подергивание головы и плечей, век, скул, особенно при волнении	9	3,3	8	80,0	12	80,0	<0,05	>0,05	<0,01
Страх оставаться в одиночестве в пустой квартире	12	4,5	6	60,0	13	86,6	<0,05	>0,05	<0,001
Невозможность освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей (мелодий, стихотворений, сомнений)	21	7,8	8	80,0	13	86,6	<0,05	>0,05	<0,05

Из данных, приведенных в таблице 3.2.6, следует, что частота встречаемости изученных нами симптомов в первой группе обследованных с субклиническим употреблением алкоголя достоверно не превышала

соответствующих значений в двух других группах, включавших больных тревожно-фобическими расстройствами.

В группе 2 наличие тревожных, фобических и обсессивно-компульсивных расстройств, в сравнении с группой 1, характеризовала достоверно большая встречаемость ощущения сдавливания в груди и чувства нехватки воздуха при волнениях или расстройствах, навязчивых воспоминаний, ощущения какого-то беспокойства (будто что-то должно случиться) без особых причин, страха заболеть тяжелым заболеванием (раком, инфарктом, психическим заболеванием) ($p<0,01$), многократно выполняемых действий, покалывания в пальцах рук и ног, непроизвольного подергивания головы, плеч, век, скул, особенно при волнении, страха оставаться в одиночестве в пустой квартире, невозможности освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей ($p<0,05$). В группе 3 при наличии тревожных, фобических и обсессивно-компульсивных расстройств достоверно чаще встречались, по сравнению с группой 1, страх оставаться в одиночестве в пустой квартире ($p<0,001$), ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах, навязчивые воспоминания, ощущение какого-то беспокойства (будто что-то должно случиться) без особых причин, страх заболеть тяжелым заболеванием (раком, инфарктом, психическим заболеванием), многократно выполняемые действия, непроизвольное подергивание головы, плеч, век, скул, особенно при волнении ($p<0,01$), покалывания в пальцах рук и ног, невозможность освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей ($p<0,05$).

Достоверных отличий между показателями второй и третьей групп не выявлено.

Таким образом, при отсутствии достоверных отличий между второй и третьей исследуемыми группами, при тревожно-фобических расстройствах у обследованных нами выявлены собственно тревожно-фобические (с большей степенью достоверности характеризующие больных с коморбидной

нозологически очерченной наркологической патологией вследствие употребления алкоголя), обсессивные (также с большей степенью достоверности характеризующие больных с коморбидной наркологической нозологией) и сенестопатические проявления.

Приводим пример клинического наблюдения.

Студент О. 18 лет, (№233), образование среднее, учащийся профессионально-технического училища №22. Выявлен активно, при проведении скринингового обследования.

В беседе предъявляет жалобы на симптомы тревоги и страха, многократное мытье рук в течение дня и избегание физического контакта с определенными предметами в своем доме. Страхи распространяются также на родителей и сестру, прикосновение к которым вызывает у О. резкое беспокойство. Общение со сверстниками дается с трудом, так как часто конфликтует и раздражается. Пассивен на уроках, при ответах напряжен, скован, тревожен. Ночной сон поверхностный с трудностью засыпания и пробуждения по утрам.

Из данных анамнеза. Родился в полноценной семье единственным ребенком. Роды у матери протекали без патологии. Рос и развивался нормально. В возрасте 14 лет испытал сильный стресс, когда во время лечения ОРВИ при попытке измерить температуру тела случайно разбил термометр о стол, ртуть рассыпалась «шариками» по полу, с помощью родителей была собрана и выброшена в мусорное ведро. В то время пациент не испытывал никакого страха. Спустя примерно два года после этого события в школе во время урока химии учитель вскрыл батарейку карманного фонарика и стал давать объяснения. При этом отдельные компоненты батарейки, включая ртуть, он поместил в открытый эксикатор рядом с обследуемым. Этим была спровоцирована симптоматика страха, которая в последующие годы усиливалась и становилась все более генерализованной, распространяясь на окружающее пространство. Возникли стахи «отравления ртутью».

Последствия этой интоксикации, по его мнению, могут выявиться лишь спустя годы, и в качестве мер защиты стал использовать мытье рук, избегал контактов с «отравленными предметами», уничтожал «контактные» предметы одежды. Периодически, для облегчения страхов стал употреблять спиртные напитки, в частности, пиво и энергетические коктели. Объективно: со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Частота пульса – 90 ударов в минуту, артериальное давление – 120 и 85 мм рт. ст. Со стороны нервной системы: сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, выражен гипергидроз ладоней.

Психическое состояние. В беседу вступает охотно. Ориентирован во всех видах правильно. Галлюцинаторно-параноидную симптоматику отрицает. Раздражителен, тревожен, эмоционально напряжен, фон настроения снижен. Фиксирован на своих переживаниях и страхах, уверен в правдивости собственных высказываний. Сон нарушен, поверхностный, с частыми пробуждениями. Соглашается на участие в лечебных и психотерапевтических мероприятиях.

По данным психологического обследования, значение показателя тревоги по опроснику Яхина–Менделевича -1,09 по шкале невротическая депрессия, уровень реактивной тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина –52 балла, уровень личностной тревожности – 54 балла, значение уровня депрессии по шкале Зунга – 58 баллов.

Выводы: Тревожно –фобическое расстройство – F40.0.

3.3. Психологические особенности учащихся техникумов, училищ и лицея при разных формах употребления пива

Для исследования индивидуально-психологического развития личности подростков при разных формах употребления пива и уточнения особенностей

и степени выраженности нарушений психического здоровья, а также для оценки динамики психологического состояния учащихся при проведении поэтапной коррекции нарушений психики и поведения мы применяли комплекс психодиагностических методик, который включал в себя шкалу реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, шкалу Зунга для самооценки депрессии, тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН) и модифицированный патохарактерологический диагностический опросник (МПДО).

3.3.1. Показатели исследования функционального состояния обследованных с помощью теста САН.

Для анализа результатов, полученных с помощью методики САН, нами было проведено сопоставление частоты регистрации низких (ниже 3,5 балла, что отражает неудовлетворительное состояние) и высоких (5 баллов и выше) показателей шкал "самочувствие", "активность" и "настроение" в трех группах наблюдения (таблице 3.3.1).

Таблица 3.3.1 - Показатели исследования функционального состояния обследованных с помощью теста САН

Показатели теста	Показатель выраженности функционального состояния в группах			Достоверность отличий (p по Стьюденту)		
	1 группа (n=268) M±m	2 группа (n=43) M±m	3 группа (n=81) M±m	1 и 2 гр.	2 и 3 гр.	1 и 3 гр.
Самочувствие	5,13±0,49	3,88±0,95	4,24±0,79	>0,05	<0,05	>0,05
Активность	4,97±0,39	3,78±0,65	4,10±0,55	>0,05	<0,01	>0,05

Настроение	5,0±0,49	4,31±1,83	4,18±0,48	>0,05	>0,05	>0,05

Из оценки приведенных в таблице 3.3.1 данных о результатах функционального состояния по тесту САН следует, что в первой группе психически здоровых лиц с донозологическим употреблением алкоголя по самочувствию, активности и настроению не выявлено достоверно больших значений указанных показателей в сравнении с двумя другими группами больных.

В результате изучения функционального состояния обследованных с помощью методики САН установлено, что показатели данного теста выше в группе 1, и в группе 2 "активность" значимо ниже.

Во третьей группе наблюдения у лиц с наличием невротических расстройств (клинические диагнозы из группы F4) в сочетании с коморбидной нозологической алкогольной патологией в сравнении со второй группой с невротическими расстройствами на фоне субклинического употребления пива выявлены достоверно большие значения по шкалам самочувствия ($p<0,05$) и активности ($p<0,01$), что характеризует снижение активности и настроения у данного контингента обследуемых лиц.

Кроме анализа результатов тестирования по методике САН величин показателей самочувствия, активности и настроения в группах испытуемых, нами также было проведено сопоставление среднегрупповых показателей по отдельным шкалам, для наглядности представленных графически на рисунке 3.3.1.

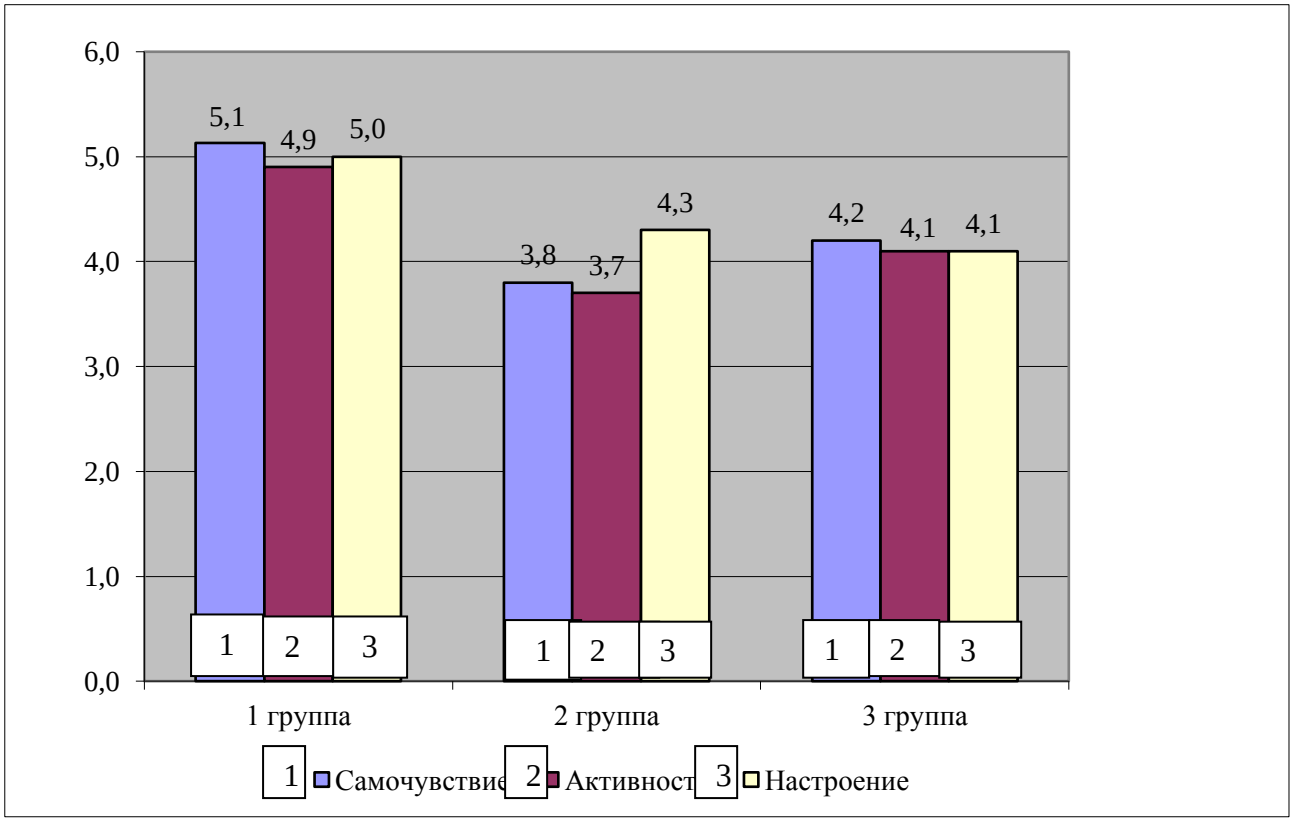

Рис. 3.3.1. Средние показатели шкал теста САН в трех группах наблюдения

Как видно из рисунка, во всех трех группах наибольшие средние баллы наблюдаются по шкале «настроения», причем во второй и третьей группах они почти не отличаются, а в первой – значительно выше, чем в других двух.

Наиболее наглядной является динамика показателей "активности" и «самочувствия» – они снижаются от первой до третьей группы, причем во второй группе с невротическими расстройствами на фоне субклинического употребления пива показатель "активности" значительно снижен ($p<0,01$). Обобщая эти данные, можно сказать, что молодые люди с невротическими расстройствами на фоне субклинического употребления пива демонстрируют в тесте САН худшие показатели по шкалам „самочувствия” и ”активности”, тогда как по шкале „настроения” наиболее низкие показатели наблюдаются в группе с неротическими расстройствами (клинические диагнозы из группы F4) и коморбидной нозологической алкогольной патологией.

Для анализа результатов, полученных с помощью теста на тревожность Спилбергера-Ханина, надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом, чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной).

Нами было проведено сопоставление частоты регистрации низких (до 30 баллов – низкая степень тревожности, от 31 до 45 баллов – средняя степень тревожности) и высоких (от 46 баллов и более – высокая степень тревожности) тревожных проявлений в трех группах наблюдения (таблице 3.3.2).

Таблица 3.3.2 - Показатели экспериментально-психологического изучения тревожных проявлений у обследованных с помощью теста Спилбергера-Ханина

Показатели теста	Показатель выраженности тревожности в группах			Достоверность отличий (p по Стьюденту)		
	1 группа (n=268) M±m	2 группа (n=43) M±m	3 группа (n=81) M±m	1 и 2 гр.	2 и 3 гр.	1 и 3 гр.
Личностная тревожность	3,40±2,79	4,01±0,78	4,89±0,52	<0,01	>0,05	>0,05
Реактивная тревожность	3,44±0,84	4,63±0,77	4,94±0,49	>0,05	<0,01	>0,05

Анализ данных теста Спилбергера-Ханина выявил, что у обследованных показатели шкал как реактивной, так и личностной тревожности возрастают от первой к третьей группе, с достоверно значимими отличиями личностной тревожности между группами 1 и 2, реактивной тревожности – между группами 2 и 3.

По результатам теста Зунга сопоставлена частота регистрации ответов на вопросы «никогда» или «редко», оцениваемых 1 баллом, «иногда» – 2 баллами, «часто» – 3 баллами, «почти всегда или постоянно» – 4 баллами.

Если уровень депрессии не более 50 баллов, диагностируется состояние без депрессии (у лиц, не имеющих в момент обследования сниженного настроения). Если уровень депрессии более 50 баллов и менее 59, делается вывод о легкой депрессии ситуативного или невротического генеза, т.е., незначительном, но отчетливо выраженном снижении настроения. При показателе уровня депрессии от 60 до 69 баллов диагностируется депрессивное расстройство средней степени выраженности. При уровне депрессии 70 баллов и более диагностируется истинное депрессивное состояние, глубокое снижение настроения. Частота и выраженность депрессии у обследованного контингента представлена в таблицах 3.3.3. и 3.3.4.

Таблица 3.3.3 - Частота диагностирования депрессивных состояний у обследованных в трех группах наблюдения (тест Зунга)

Показатели теста	Показатель частоты выраженности депрессии в группах						Достоверность отличий (p по Стьюденту)		
	1 группа (n=268)		2 группа (n=43)		3 группа (n=81)		1 и 2 гр.	2 и 3 гр.	1 и 3 гр.
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Состояние без депрессии	209	78	9	21	11	13,6	>0,05	>0,05	>0,05
Легкая депрессия ситуационного генеза	41	15,3	11	25,6	35	43,3	>0,05	>0,05	>0,05
Депрессивное расстройство средней степени тяжести	18	6,7	15	34,8	16	19,7	<0,001	>0,05	<0,01
Истинная депрессия	0	0	8	18,6	19	23,4	<0,01	>0,05	>0,05

Анализируя относящиеся к частоте возникновения депрессивных состояний, диагностированных по методике Зунга, данные таблицы 3.3.3., следует отметить отсутствие у обследуемого контингента достоверных

отличий между тремя группами по показателям «состояние без депрессии» и «легкая депрессия ситуационного генеза». По показателю «депрессивное расстройство средней степени тяжести» наблюдаются достоверные отличия между первой и второй группой обследования ($p<0,001$), а также первой и третьей ($p<0,01$), что свидетельствует о более высоком уровне депрессии средней степени выраженности в группе с наличием невротических расстройств на фоне субклинического употребления алкоголя, а также в группе с наличием невротических расстройств (клинические диагнозы из группы F4) в сочетании с коморбидной нозологической алкогольной патологией в сравнении с группой с субклиническим употреблением алкоголя (пива) без наличия психических расстройств (клиническая норма). Показатель «истинная» депрессия» имеет достоверные отличия между первой и второй группой обследования ($p<0,01$),что говорит о самой большой частоте проявлений наиболее глубокой депрессии именно в группе с наличием невротических расстройств на фоне субклинического употребления алкоголя, в отличии от первой группы. Других статистически значимых отличий между группами по данному показателю не выявлено.

Таблица 3.3.4 - Выраженность симптомов депрессии у обследованных в трех группах наблюдения (тест Зунга)

Показатели теста	Показатель выраженности симптомов депрессии в группах			Достоверность отличий (p по Стьюденту)		
	1 группа (n=268) M±m	2 группа (n=43) M±m	3 группа (n=81) M±m	1 и 2 гр.	2 и 3 гр.	1 и 3 гр.
Выраженность симптомов депрессии разной степени тяжести	4,53±0,83	4,85±0,84	5,14±0,91	<0,05	>0,05	>0,05

По результатам теста Зунга достоверные отличия выраженности симптомов депрессии разной степени тяжести отмечаются между первой и второй группами обследованных лиц (4,53±0,839 и 4,85±0,84), что свидетельствует о более выраженных симптоматических проявлених депрессии в группе с наличием невротических расстройств на фоне субклинического употребления пива в сравнении с группой без наличия психических расстройств (клиническая норма) на фоне субклинического употребления пива. Статистически значимых отличий между второй и третьей, а также первой и третьей группами исследования не выявлено.

Методика МПДО предназначена для идентификации типов акцентуаций характера у подростков. Опросник включает 143 утверждения, составляющих 10 диагностических и одну контрольную шкалу (шкалу лжи). В каждой шкале по 13 утверждений. Утверждения в тексте вопросника предъявляются в случайном порядке. Диагностируются гипертимный, циклоидный, лабильный, астено-невротический, сенситивный, тревожно-педантический, интровертированный, возбудимый, демонстративный и неустойчивый типы.

Данные, полученные при обследовании учащихся с помощью теста МПДО, представлены в таблице 3.3.5.

Таблица 3.3.5 - Типы акцентуаций, которые были диагностированы у обследованных трех групп наблюдения

Дигностированные типы акцентуаций	Группы обследованных								
	1 группа (n=268)		2 группа (n=43)		3 группа (n=81)		Достоверность отличий (р по Стьюденту)		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1и 2 гр.	2 и 3 гр.	1 и 3 гр.
Циклоидный	3	1,1	1	2,3	2	2,5	>0,05	>0,05	>0,05
Лабильный	7	2,7	1	2,3	4	4,9	>0,05	>0,05	>0,05

Астено-невротический	11	4,1	1	2,3	3	3,7	>0,05	>0,05	>0,05
Сенситивный	4	1,5	1	2,3	2	2,5	>0,05	>0,05	>0,05
Тревожно-педантический	11	4,1	2	4,7	4	4,9	>0,05	>0,05	>0,05
Интровертированный	5	1,9	2	4,7	4	4,9	>0,05	>0,05	>0,05
Возбудимый	7	2,7	3	7,0	6	7,5	>0,05	>0,05	>0,05
Демонстративный	6	2,2	1	2,3	2	2,5	>0,05	>0,05	>0,05
Неустойчивый	8	3,0	2	4,7	6	7,5	>0,05	>0,05	>0,05
Гипертимный	6	2,2	1	2,3	4	4,9	>0,05	>0,05	>0,05
Гипертимно-циклоидный	2	0,7	2	4,7	2	2,5	>0,05	>0,05	>0,05
Гипертимно-демонстративный	3	1,1	1	2,3	3	3,7	>0,05	>0,05	>0,05
Гипертимно-лабильный	4	1,5	2	4,7	4	4,9	>0,05	>0,05	>0,05
Лабильно-астенический	8	3,0	3	6,9	11	13,5	>0,05	>0,05	>0,05
Лабильно-неустойчивый	1	0,4	2	4,7	3	3,7	>0,05	>0,05	>0,05
Астено-сенситивный	1	0,4	1	2,3	2	2,5	>0,05	>0,05	>0,05
Астено-тревожный	5	1,9	3	7,0	4	4,9	>0,05	>0,05	>0,05
Сенситивно-тревожный	2	0,7	1	2,3	2	2,5	>0,05	>0,05	>0,05
Тревожно-интровентированный	2	0,7	3	7,0	5	6,2	>0,05	>0,05	>0,05
Интровентированно-возбудимый	5	1,9	2	4,7	1	1,2	>0,05	>0,05	>0,05
Интровентированно-	3	1,1	1	2,3	1	1,2	>0,05	>0,05	>0,05

неустойчивый									
Возбудимо-неустойчивый	2	0,7	1	2,3	2	2,5	>0,05	>0,05	>0,05
Возбудимо-демонстративный	3	1,1	1	2,3	1	1,2	>0,05	>0,05	>0,05
Демонстративно-неустойчивый	4	1,5	1	2,3	1	1,2	>0,05	>0,05	>0,05
С акцентуациями	113	42,2	39	90,7	79	97,5	>0,05	>0,05	>0,05
Без акцентуаций	155	57,8	4	9,3	2	2,5	>0,05	>0,05	>0,05

Данные таблицы 3.3.5. свидетельствуют о том, что доля лиц без акцентуаций значительно уменьшается от первой (57,8%) ко второй (9,3%) и третьей (2,5%) группам ,что указывает на значительную роль такого фактора, как преморбидные особенности личности подростка в формировании и возникновении невротических расстройств и алкогольной зависимости.

Более подробный анализ показывает, что значимо чаще среди лиц без наличия психических расстройств на фоне субклинического употребления пива (клиническая норма) встречаются следующие акцентуации характера: астено-невротический и тревожно – педантичный (4,1%), неустойчивый и лабильно -астенический (3,0%), лабильный и возбудимый (2,7%), гипертимный и демонстративный (2,2%), интровентированный, антено-тревожный, что обусловливает повышенную уязвимость личности в отношении определенного рода воздействий и затрудняет её адаптацию в некоторых специфических ситуациях. Причем, это может сочетаться с хорошими или даже повышенными способностями к социальной адаптации в других ситуациях, не референтных данной акцентуации.

В группе с невротическими расстройствами на фоне субклинического употребления пива наиболее часто диагностировались следующие виды акцентуаций: возбудимый, астено-тревожный, тревожно-интровентированный

(7,0%), лабильно-астенический (6,9%), тревожно-педантичный, интровентированный, неустойчивый, гипертимно-лабильный, интровентированно-возбудимый (4,7%), которые в большинстве случав в подростковом возрасте при длительно действующих неблагоприятных факторах, в условиях хронической психической травматизации, в трудных, долго не разрешающихся обстоятельствах, а также вследствие неправильного воспитания подростка могут быть благоприятной почвой для развития непсихотических психических расстройств.

В группе с наличием невротических расстройств (клинические диагнозы из группы F4) в сочетании с коморбидной нозологической алкогольной патологией выявлены следующие виды акцентуаций: лабильно- астенический (13,5%), возбудимый, неустойчивый (7,5%), тревожно- интровентированный (6,2%), лабильный, тревожно–педантический, интровентированный, гипертимный, гипертимно-лабилный (4,9%). Можно предположить, что практически все эти акцентуации обуславливают у лиц молодого возраста проблемы в эмоционально-волевой и мотивационной сферах личности, то есть, являются "слабыми местами" в структуре характера подростков, осложняя их дальнейшую адаптацию к окружающей бреде и представляя собой предпосылку возникновения непсихотических психических расстройств, пивной алкогольной зависимости у подростков.

Статистически достоверных отличий частоты встречаемости той или иной акцентуации в группах не выявлено.

Таким образом, проанализировав данные психодиагностического исследования лиц молодого возраста с невротическими расстройствами при различных стадиях формирования алкогольной(пивной) зависимости можно сделать следующие выводы: в первой группе обследованных без наличия психических расстройств на фоне донозологического употребления пива (клиническая норма) по тестам САН, Ханина –Спилбергера, Зунга, МПДО не выявлено статистически значимих высоких показателей в сравнении с двумя

другими группами по всем шкалам представленнях опросников, что соответствует отсутствию синдромально представленнях невротических расстройств у данного контингента лиц.

В результате изучения функционального состояния обследованных с помощью методики САН установлено, что показатели данного теста выше в группе 1, и в группе 2 "активность" значимо ниже, показатели анализа данных теста Спилбергера-Ханина выявили, что у обследованных показатели шкал как реактивной, так и личностной тревожности возрастают от первой к третьей группе, с достоверно значимими отличиями личностной тревожности между группами 1 и 2, реактивной тревожности – между группами 2 и 3, по показателю «депрессивное расстройство средней степени тяжести» теста Зунга также наблюдаются достоверные отличия между первой и второй группой обследования ($p<0,001$), истинной депрессии($p<0,01$).

Во третьей группе наблюдения по показателям теста САН у лиц с наличием невротических расстройств (клинические диагнозы из группы F4) в сочетании с коморбидной нозологической алкогольной патологией в сравнении со второй группой с невротическими расстройствами на фоне субклинического употребления пива выявлены достоверно большие значения по шкалам самочувствия ($p<0,05$) и активности ($p<0,01$), по методике Зунга частота проявлений депрессивное расстройство средней степени тяжести ($p<0,01$).

По методике МПДО значимых отличий между тремя группами не выявлено.

Данные психологического исследования подтверждают результаты, полученные в результате клинического интервью и клинико-патопсихологического обследования. Стойкий характер выявленных симптомов непсихотического уровня в группе с наличием невротических расстройств на фоне субклинического употребления пива и в группе с наличием невротических расстройств (клинические диагнозы из группы F4) в

сочетании с коморбидной нозологической алкогольной патологией свидетельствует о необходимости коррекционных и психотерапевтических мероприятий в данных группах обследования, а также свидетельствует об актуальности их ранней диагностики. Особенностями психокоррекции данного контингента будет являться направленность на снижение эмоционального напряжения, изменение восприятия действительности, обучение навыкам саморегуляции, проработку конфликта, закрепление адаптивных стереотипов поведения и отношения к здоровью.

РАЗДЕЛ 4. КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПСИХИАТРИЧЕСКИМИ ДИАГНОЗАМИ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ АЛКОГОЛЬНОЙ (ПИВНОЙ) ЗАВИСИМОСТИ, ВКЛЮЧАЯ КОМОРБИДНУЮ НОЗОЛОГИЧЕСКУЮ АЛКОГОЛЬНУЮ ПАТОЛОГИЮ

С целью выяснения характера связи непсихотической психопатологической симптоматики с наличием диагнозов неврастении, расстройств адаптации, тревожных, фобических и обсессивно-компульсивных расстройств, а также с различными стадиями формирования алкогольной (пивной) зависимости в исследуемых группах нами был проведен корреляционный анализ при помощи вычисления коэффициента корреляции r Пирсона. Результаты данного анализа показаны в таблицах 4.1-4.5.

Таблица 4.1 - Корреляционная связь непсихотических психопатологических симптомов с клиническими психиатрическими диагнозами во второй группе исследования (коэффициент корреляции r-Пирсона)

Симптомы	Клинические диагнозы		
	Расстройство адаптации	Неврастения	Тревожно-фобическое расстройство
Психическая утомляемость	0,88	0,56	1,0
Раздражительность	0,88	0,56	1,0
Эмоциональное напряжение	0,76	0,48	0,86
Рассеянность и снижение концентрации внимания	0,80	0,78	0,71

Тремор в теле	0,76	0,48	0,86
Сердцебиение	0,70	0,45	0,80
Снижение настроения	0,88	0,56	1,0
Нарушение сна	0,88	0,56	1,0
Снижение энергичности	0,73	0,86	0,64
Выраженная усталость к концу рабочего дня	0,89	0,71	0,79
Снижение аппетита	0,94	0,60	0,93
Сдавление в груди	0,58	0,37	0,65
Подавленность и угнетенность	0,58	0,91	0,51
Трудность в выполнении любой работы	0,80	0,78	0,71
Навязчивости	0,64	0,41	0,73
Страх заболеть тяжелым заболеванием	0,75	0,34	0,82
Гиперестезия к громким звукам и яркому свету	0,94	0,67	0,83
Головные боли и головокружения	0,94	0,61	0,93
Кошмарные сновидения	0,82	0,52	0,93
Тревога	0,80	0,78	0,71
Комок в горле при волнениях	0,88	0,56	1,0
Эмоциональная лабильность и невозможность сдерживать слезы	0,80	0,78	0,71

Как видно из таблицы 4.1, во второй группе исследования с наличием непсихотических психических расстройств на фоне субклиническогоо употребления пива достоверные положительные корреляции установлены в следующих случаях.

В группе 2 наличие расстройств адаптации коррелировало с присутствием таких симптомов как снижение аппетита, гиперестезия к громким звукам и яркому свету, головная боль и головокружение (весьма высокая теснота связи при $0,9<r<1$), выраженная усталость к концу рабочего дня, психическая утомляемость, раздражительность, снижение настроения,

нарушение сна, комок в горле при волнениях, кошмарные сновидения, рассеянность и снижение концентрации внимания, трудность в выполнении любой работы, тревога, эмоциональная лабильность, эмоциональное напряжение, тремор в теле, страх заболеть тяжелым заболеванием, снижение энергичности, сердцебиение (высокая теснота связи при $0,7<r<0,9$). С диагнозом неврастении в данной группе коррелировало наличие подавленности и угнетенности (весьма высокая теснота связи при $0,9<r<1$), снижения энергичности, рассеянности и снижения концентрации внимания, трудностей выполнения работы, тревоги, эмоциональной лабильности, выраженной усталости к концу рабочего дня (высокая теснота связи при $0,7<r<0,9$). Присутствие следующих симптомов коррелировало в данной группе с наличием тревожных, фобических и обсессивно-компульсивных расстройств: психической утомляемости, раздражительности, снижения настроения, нарушения сна, комка в горле при волнениях, снижения аппетита, головной боли и головокружения, кошмарных сновидений (весьма высокая теснота связи при $0,9<r<1$), эмоционального напряжения, тремора в теле, гиперестезии к громким звукам и яркому свету, страха заболеть тяжелым заболеванием, сердцебиения, выраженной усталости к концу рабочего дня, навязчивостей, рассеянности и снижения концентрации внимания, трудностей в выполнении любой работы, тревоги, эмоциональной лабильности (высокая теснота связи при $0,7<r<0,9$).

Нами проведен также анализ корреляций непсихотических психопатологических симптомов и наличия клинической алкогольной патологии с диагнозами невротических расстройств в группе 3 в табл. 4.2.

Таблица4.2 - Корреляционная связь непсихотических психопатологических симптомов, психических и поведенческих расстройства вследствие употребления алкоголя с клиническими психиатрическими диагнозами в третьей группе исследования (коэффициент корреляции r-Пирсона)

Симптомы	Клинические диагнозы		
	Расстройство адаптации	Неврастения	Тревожно-фобическое расстройство
Психическая утомляемость	0,80	0,81	0,57
Раздражительность	0,80	0,52	0,89
Эмоциональное напряжение	0,77	0,50	0,92
Рассеянность и снижение концентрации внимания	0,80	0,84	0,89
Тремор в теле	0,71	0,47	1,0
Сердцебиение	0,68	0,45	0,95
Снижение настроения	0,88	0,58	0,80
Нарушение сна	0,82	0,54	0,86
Снижение энергичности	0,84	0,77	0,60
Выраженная усталость к концу рабочего дня	0,67	0,97	0,79
Снижение аппетита	0,80	0,52	0,48
Сдавление в груди	0,59	0,39	0,83
Подавленность и угнетенность	0,94	0,69	0,67
Трудность в выполнении любой работы	0,82	0,79	0,58
Навязчивости	0,59	0,39	0,83
Страх заболеть тяжелым заболеванием	0,73	0,40	0,84
Гиперестезия к громким звукам и яркому свету	0,85	0,56	0,83
Головные боли и головокружения	0,97	0,67	0,69
Кошмарные сновидения	0,68	0,62	0,95
Тревога	0,74	0,49	0,96

Комок в горле при волнениях	0,65	0,43	0,91
Эмоциональная лабильность и невозможность сдерживать слезы	0,82	0,79	0,58
Употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1)	0,48	0,73	0,34
Синдром зависимости от алкоголя (F10.2)	0,89	0,73	0,63

Корреляционный анализ непсихотических психопатологических симптомов в соотношении с клиническими нозологическими психиатрическими диагнозами в третьей группе исследования, как следует из таблицы 4.2, выявил следующие значимые взаимосвязи.

В группе 3 положительно коррелировали с наличием диагноза расстройства адаптации головная боль и головокружение, подавленность и угнетенность (весьма высокая теснота связи при $0,9<r<1$), снижение настроения, гиперестезия к громким звукам и яркому свету, снижение энергичности, нарушение сна, эмоциональная лабильность, трудность в выполнении любой работы, психическая утомляемость, раздражительность, рассеянность и снижение концентрации внимания, снижение аппетита, эмоциональное напряжение, тревога, страх заболеть тяжелым заболеванием, тремор в теле (высокая теснота связи при $0,7<r<0,9$). В данной группе установлены положительные корреляционные связи неврастении с выраженной усталостью к концу рабочего дня (весьма высокая теснота связи при $0,9<r<1$), рассеянностью и снижением концентрации внимания, психической утомляемостью, трудностью в выполнении любой работы, эмоциональной лабильностью, снижением энергичности (высокая теснота связи при $0,7<r<0,9$). Наличие тревожных, фобических и обсессивно-компульсивных расстройств у этих обследованных положительно коррелировало с тремором в теле, тревогой, кошмарными сновидениями, сердцебиением, эмоциональным напряжением, комком в горле при волнении

(весьма высокая теснота связи при 0,9<r<1), рассеянностью и снижением концентрации внимания, раздражительностью, нарушениями сна, страхом заболеть тяжелым заболеванием, навязчивостями, гиперестезией к яркому свету и громким звукам, сдавлением в груди, снижением настроения, выраженной усталостью к концу рабочего дня (высокая теснота связи при 0,7<r<0,9).

Употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1) обнаружило наибольшую положительную корреляционную связь только с неврастенией (r=0,73), а наименьшую – с расстройством адаптации (r=0,48) и тревожно-фобическим расстройством (r=0,34). В то же время, при синдроме зависимости в результате употребления алкоголя (F10.2) установлены высокие положительные корреляционные связи со всеми тремя группами невротических расстройств: расстройствами адаптации (r=0,89), неврастенией (r=0,73), тревожными, фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами (r=0,63).

Таким образом, при нозологически очерченных формах употребления пива в молодом возрасте расстройства адаптации характеризует доминирование астено-депрессивной симптоматики, неврастению – астенических проявлений, тревожно-фобические расстройства – собственно тревожно-фобической клинической картины на астеническом фоне. При этом, неврастения обнаружила одинаковую корреляционную связь высокой тесноты (при 0,7<r<0,9) с наличием как синдрома зависимости в результате употребления алкоголя (F10.20), так и употребления алкоголя с вредными последствиями (F10.10), расстройства адаптации – корреляционную связь высокой тесноты (при 0,7<r<0,9) с наличием синдрома зависимости в результате употребления алкоголя (F10.20), тревожно-фобические расстройства – заметную тесноту корреляционной связи (при 0,5<r<0,7) с наличием синдрома зависимости в результате употребления алкоголя (F10.20).

Таблица 4.3 - Корреляционная связь психических проявлений с донозологическими формами употребления пива (по Бехтелю Э.Е., 1986) в первой группе исследования (коэффициент корреляции r-Пирсона)

Психические проявления	Субклинические стадии употребления спиртных напитков, предшествующие хроническому алкоголизму		
	Не употребляющие спиртные напитки (абстиненты)	Случайно пьющие	Ситуационно пьющие
Психическая утомляемость	0,13	0,30	0,35
Раздражительность	0,19	0,43	0,49
Эмоциональное напряжение	0,16	0,21	0,41
Рассеянность и снижение концентрации внимания	0,18	0,40	0,46
Тремор в теле	0,12	0,27	0,31
Сердцебиение	0,14	0,32	0,36
Снижение настроения	0,21	0,48	0,55
Нарушение сна	0,15	0,33	0,38
Снижение энергичности	0,35	0,81	0,91
Выраженная усталость к концу рабочего дня	0,28	0,30	0,49
Снижение аппетита	0,19	0,43	0,49
Сдавление в груди	0,11	0,15	0,29
Подавленность и угнетенность	0,49	0,67	0,67
Трудность в выполнении любой работы	0,30	0,67	0,79
Навязчивости	0,14	0,18	0,29
Страх заболеть тяжелым заболеванием	0,13	0,19	0,30
Гиперестезия к громким звукам и яркому свету	0,09	0,21	0,24
Головные боли и головокружения	0,11	0,56	0,64
Кошмарные сновидения	0,17	0,21	0,44
Тревога	0,29	0,65	0,74

Комок в горле при волнениях	0,09	0,15	0,24
Эмоциональная лабильность и невозможность сдерживать слезы	0,13	0,30	0,35

Анализ корреляций психических проявлений с субклиническими формами употребления пива в первой группе исследования (здоровые лица), как следует из таблицы 4.3, представлен следующим образом.

Не употребляющие спиртные напитки (абстиненты) не имеют корреляционных связей более чем умеренной тесноты (при $0,3<r<0,5$) ни с одним из исследованных признаков.

Случайно пьющие обнаруживают положительные корреляции высокой тесноты связи (при $0,7<r<0,9$) со снижением энергичности, заметной тесноты связи (при $0,5<r<0,7$) – с подавленностью и угнетенностью, трудностью в выполнении работы, тревогой, головными болями и головокружениями.

У ситуационно пьющих выявляются корреляционные связи весьма высокой тесноты (при $0,9<r<1$) со снижением энергичности, высокой тесноты (при $0,7<r<0,9$) – с трудностью в выполнении работы, тревогой, заметной тесноты (при $0,5<r<0,7$) – с подавленностью и угнетенностью, головными болями и головокружениями, снижением настроения.

Таким образом, при субклинических формах употребления пива здоровыми лицами молодого возраста увеличение интенсивности алкоголизации проявляется её большей связью со снижением энергичности (в особенности), трудностью в выполнении работы, тревогой, головными болями и головокружениями, подавленностью и угнетенностью, снижением настроения.

Таблица 4.4 - Корреляционная связь непсихотических психопатологических симптомов с субклиническим употреблением пива (по Бехтелю Э.Е., 1986) во второй группе исследования (коэффициент корреляции r-Пирсона)

Симптомы	Субклинические стадии употребления спиртных напитков, предшествующие хроническому алкоголизму				
	Не употребляющие спиртные напитки (абстиненты)	Случайно пьющие	Ситуационно пьющие	Систематически пьющие	Привычно пьющие
Психическая утомляемость	0,23	0,30	0,35	0,58	0,73
Раздражительность	0,29	0,43	0,49	0,58	0,69
Эмоциональное напряжение	0,26	0,31	0,41	0,66	0,84
Рассеянность и снижение концентрации внимания	0,28	0,33	0,46	0,62	1,0
Тремор в теле	0,22	0,27	0,31	0,66	0,73
Сердцебиение	0,24	0,32	0,36	0,56	0,65
Снижение настроения	0,21	0,38	0,55	0,68	0,99
Нарушение сна	0,25	0,33	0,38	0,49	0,72
Снижение энергичности	0,35	0,51	0,71	0,92	1,0
Выраженная усталость к концу рабочего дня	0,28	0,30	0,49	0,69	0,92
Снижение аппетита	0,29	0,43	0,49	0,77	0,89
Сдавление в груди	0,21	0,30	0,29	0,44	0,65
Подавленность и угнетенность	0,30	0,37	0,67	0,83	1,0
Трудность в выполнении любой работы	0,30	0,37	0,79	0,87	1,0
Навязчивости	0,14	0,18	0,29	0,45	0,88
Страх заболеть тяжелым заболеванием	0,23	0,29	0,30	0,66	0,95
Гиперестезия к громким звукам и яркому свету	0,29	0,32	0,24	0,45	0,74
Головные боли и	0,22	0,36	0,64	0,76	0,88

головокружения					
Кошмарные сновидения	0,17	0,21	0,44	0,48	0,77
Тревога	0,29	0,35	0,74	0,82	0,98
Комок в горле при волнениях	0,30	0,39	0,24	0,45	0,51
Эмоциональная лабильность и невозможность сдерживать слезы	0,23	0,34	0,35	0,79	1,0

Анализируя непсихотические психопатологические симптомы в соотношении с донозологическими формами употребления пива во второй группе обследованных (таблица 4.4), можно констатировать отсутствие корреляций более чем умеренной тесноты (при $0,3<r<0,5$) у не употребляющих спиртные напитки (абстинентов).

У случайно пьющих наблюдается заметная теснота связи (при $0,5<r<0,7$) со снижением энергичности.

Ситуационно пьющих характеризует высокая теснота связи (при $0,7<r<0,9$) с трудностью в выполнении любой работы, тревогой, снижением энергичности, заметная теснота связи (при $0,5<r<0,7$) – с подавленностью и угнетенностью, головными болями и головокружениями, снижением настроения.

У обследованных, относящихся к систематически пьющим (категория, отсутствующая в первой группе), имеет место весьма высокая теснота связи (при $0,9<r<1$) со снижением энергичности, высокая теснота связи (при $0,7<r<0,9$) – с трудностью в выполнении работы, подавленностью и угнетенностью, тревогой, эмоциональная лабильность, головные боли и головокружения, снижение аппетита, заметная теснота связи (при $0,5<r<0,7$) – с выраженной усталостью к концу рабочего дня, снижением настроения, эмоциональным напряжением, тремором в теле, страхом заболеть тяжелым заболеванием, рассеянностью и снижением концентрации внимания, психической утомляемостью, раздражительностью, сердцебиением.

У такой субклинической стадии употребления алкоголя как привычно пьющие (категория, также отсутствующая в первой группе) отмечается весьма

высокая теснота связи (при 0,9<r<1) с эмоциональной лабильностью, трудностью в выполнении любой работы, снижением энергичности, рассеянностью и снижением концентрации внимания, подавленностью и угнетенностью, снижением настроения, тревогой, страхом заболеть тяжелым заболеванием, выраженной усталостью к концу рабочего дня, высокая теснота связи (при 0,7<r<0,9) – со снижением аппетита, головными болями и головокружениями, навязчивостями, эмоциональным напряжением, кошмарными сновидениями, гиперестезией к громким звукам и яркому свету, психической утомляемостью, тремором в теле, нарушением сна, заметная теснота связи (при 0,5<r<0,7) – с раздражительностью, сердцебиением, сдавлением в груди, комком в горле при волнениях.

Таким образом, у обследованных с наличием невротических расстройств психопатологические симптомы обнаружили отчетливую зависимость от тяжести донозологической алкоголизации: астенические проявления усиливаются от группы случайно пьющих до привычно пьющих, депрессивные и тревожные – от ситуационно пьющих до привычно пьющих; у привычно пьющих выявлена также высокая теснота связи с навязчивостями. При невротических расстройствах, кроме того, обращает на себя внимание наличие наиболее тяжёлых форм субклинического употребления алкоголя (систематически и привычно пьющие), отсутствующих у обследованных без нозологически очерченной психической патологии (в первой группе).

Таблица 4.5 - Корреляционная связь непсихотических психопатологических симптомов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя в третьей группе исследования (коэффициент корреляции r-Пирсона)

Симптомы	Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя	
	Употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1)	Синдром зависимости в результате употребления алкоголя (F10.2)

Психическая утомляемость	0,60	0,90
Раздражительность	0,38	0,71
Эмоциональное напряжение	0,37	0,69
Рассеянность и снижение концентрации внимания	0,38	0,71
Тремор в теле	0,34	0,63
Сердцебиение	0,33	0,61
Снижение настроения	0,43	0,79
Нарушение сна	0,40	0,74
Снижение энергичности	0,57	0,94
Выраженная усталость к концу рабочего дня	0,71	1,0
Снижение аппетита	0,38	0,71
Сдавление в груди	0,38	0,53
Подавленность и угнетенность	0,58	0,94
Трудность в выполнении любой работы	0,51	0,92
Навязчивости	0,28	0,53
Страх заболеть тяжелым заболеванием	0,32	0,68
Гиперестезия к громким звукам и яркому свету	0,41	0,76
Головные боли и головокружения	0,49	0,92
Кошмарные сновидения	0,33	0,61
Тревога	0,36	0,66
Комок в горле при волнениях	0,31	0,58
Эмоциональная лабильность и невозможность сдерживать слезы	0,58	0,92

Анализируя корреляционные связи непсихотических психопатологических симптомов с нозологическими формами употребления алкоголя в третьей группе исследования, можно сделать следующие выводы (таблица 4.5).

При употреблении алкоголя с вредными последствиями (F10.1) высокая теснота связи (при $0,7<r<0,9$) отмечена с выраженной усталостью к концу рабочего дня, заметная теснота связи (при $0,5<r<0,7$) – с психической утомляемостью, подавленностью и угнетенностью, эмоциональной

лабильностью и невозможностью сдерживать слезы, снижением энергичности, трудностью в выполнении любой работы.

У обследованных с синдромом зависимости в результате употребления алкоголя (F10.20) выявлена весьма высокая теснота связи (при $0,9<r<1$) данной нозологии с выраженной усталостью к концу рабочего дня, снижением энергичности, подавленностью и угнетенностью, эмоциональной лабильностью и невозможностью сдерживать слезы, трудностью в выполнении любой работы, головными болями и головокружениями, психической утомляемостью, высокая теснота связи (при $0,7<r<0,9$) – со снижением настроения, гиперестезией к громким звукам и яркому свету, нарушениями сна, раздражительностью, снижением аппетита, заметная теснота связи (при $0,5<r<0,7$) – с эмоциональным напряжением, тревогой, страхом заболеть тяжелым заболеванием, тремором в теле, кошмарними сновидениями, сердцебиением, комком в горле при волнениях, навязчивостями, сдавлением в груди.

Таким образом, у обследованных, страдающих невротическими расстройствами, употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.10) коррелирует с проявлениями астенического симптомокомплекса, а синдром зависимости в результате употребления алкоголя (F10.20) более тесно, чем употребление алкоголя с вредными последствиями, связан с наличием астенических проявлений, обнаруживая, кроме того, несвойственные употреблению с вредными последствиями корреляции с депрессивными и тревожными симптомами, а также навязчивостями.

Проанализировав данные о корреляционной связи изученных непсихотических психопатологических симптомов (психических проявлений) во всех трех группах обследованных (в том числе, – с психиатрической нозологией (расстройством адаптации, неврастенией и тревожно-фобическим расстройством) и нозологическими (F10.10 и F10.20) формами употребления пива) можно сделать следующие выводы.

Во второй группе обследованных с невротическими расстройствами на фоне субклинического употребления пива наблюдается преобладание корреляций весьма высокой (0,9<r<1) и высокой (0,7<r<0,9) тесноты психопатологических симптомов с тревожно-фобическим расстройством (F40-F42) и расстройством адаптации (F43.22), а с диагнозом неврастении (F48.0) – заметной (0,5<r<0,7) и умеренной умеренной (0,3<r<0,5) тесноты. В третьей группе обследованных с наличием невротических расстройств (клинические диагнозы из группы F4) и коморбидной наркологической патологии наблюдается, как и во второй группе, весьма высокая и высокая теснота связи психопатологических симптомов с тревожно-фобическим расстройством (F40-F42), но несколько меньшая, в целом, теснота связи – с расстройством адаптации (F43.22). При этом, при неврастении (F48.0) связей весьма высокой и высокой тесноты оказалось больше, чем во второй группе. Специфика всех невротических расстройств во второй группе, вне зависимости от их нозологических отличий, представлена отчетливостью проявлений как астенической, так и астено-депрессивной симптоматики. При нозологически очерченных формах употребления пива в молодом возрасте (третья группа) расстройства адаптации характеризует доминирование астено-депрессивной симптоматики, неврастению – астенических проявлений, тревожно-фобические расстройства – собственно тревожно-фобической клинической картины на астеническом фоне. При этом, неврастения обнаружила одинаковую корреляционную связь высокой тесноты с наличием как синдрома зависимости в результате употребления алкоголя (F10.20), так и употребления алкоголя с вредными последствиями (F10.10), расстройства адаптации – высокую корреляционную тесноту связи с наличием синдрома зависимости в результате употребления алкоголя (F10.20), тревожно-фобические расстройства – заметную корреляционную тесноту связи с синдромом зависимости в результате употребления алкоголя (F10.20).

Отмечены следующие положительные корреляции психических проявлений (в первой группе обследования) и психопатологических симптомов (во второй группе) с субклиническими формами употребления пива. В первой группе преобладают отмечаются корреляции весьма высокой, высокой и заметной тесноты между представленными психическими проявлениями и формой донозологического употребления алкоголя «ситуационно пьющие», а при форме «случайно пьющие» есть корреляции заметной тесноты, и в единичном случае (снижение энергичности) – высокой тесноты. У не употребляющих спиртные напитки в первой группе корреляционных связей более чем умеренной тесноты с непсихотическими симптомами не выявлено. Таким образом, при субклинических формах употребления пива здоровыми лицами молодого возраста увеличение интенсивности алкоголизации проявляется её большей связью со снижением энергичности (в особенности), трудностью в выполнении работы, тревогой, головными болями и головокружениями, подавленностью и угнетенностью, снижением настроения. Во второй группе исследуемых очень высокая и высокая теснота корреляционной связи психопатологических симптомов преобладает при форме субклинического употребления пива «привычно пьющие» и представлена у систематически пьющих, высокая и заметная корреляционная теснота отмечена у ситуационно пьющих, заметная (при единичном симптоме) – у случайно пьющих, а между донозологической формой не употребляющих спиртные напитки и психопатологическими симптомами отмечена лишь слабая теснота корреляционной связи. Таким образом, у обследованных с наличием невротических расстройств психопатологические симптомы обнаружили отчетливую зависимость от тяжести субклинической алкоголизации: астенические проявления усиливаются от группы случайно пьющих до привычно пьющих, депрессивные и тревожные – от ситуационно пьющих до привычно пьющих; у привычно пьющих выявлена также высокая теснота связи с навязчивостями.

При невротических расстройствах, кроме того, обращает на себя внимание наличие наиболее тяжелых форм субклинического употребления алкоголя (систематически и привычно пьющие), отсутствующих у обследованных без нозологически очерченной психической патологии (в первой группе).

При анализе корреляций непсихотических психопатологических симптомов с нозологическими формами употребления алкоголя (F10.10 и F10.20) в третьей группе обследованных установлено, что очень высокая и высокая теснота связи симптомов характеризует синдром зависимости от алкоголя (F10.20), а при употреблении алкоголя с вредными последствиями (F10.10) наблюдаются корреляционные связи высокой и умеренной тесноты непсихотических симптомов с данной нозологической патологией. У обследованных, страдающих невротическими расстройствами, употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.10) коррелирует с проявлениями астенического симптомокомплекса, а синдром зависимости в результате употребления алкоголя (F10.20) более тесно, чем употребление алкоголя с вредными последствиями, связан с наличием астенических проявлений, обнаруживая, кроме того, несвойственные употреблению с вредными последствиями корреляции с депрессивными и тревожными симптомами, а также с навязчивостями.

РАЗДЕЛ 5.СИСТЕМА ЛЕЧЕБНО-КОРРЕКЦИОННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У БОЛЬНЫХ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ (ПИВНОЙ) ЗАВИСИМОСТИ

5.1. Медикаментозное лечение при невротических расстройствах у обследованных лиц молодого возраста

Проблема невротических расстройств при разных формах употребления пива у лиц молодого возраста, наряду с клинико-диагностическими аспектами, предусматривает разработку адекватной терапевтической тактики, которую современные психиатрические и наркологические службы не всегда предоставляют в достаточно полном объеме[160,211]. За рубежом до последнего времени, в соответствии с господствующими психодинамическими представлениями о развитии психической патологии непсихотического уровня, предлагались лишь специфические психотерапевтические (в основном, психоаналитические) методы, направленные на достижение осознания (повторного отреагирования) психологических причин развития (чаще всего, внутренних конфликтов) и усиления соматических симптомов. Считается, что устранение этих причин приводит к исчезновению определенных, связанных с ними симптомов. Предлагались и другие (в частности, бихевиористские, обучающие, расслабляющие, дыхательные) методики. Роль психофармакотерапии при этом практически сводилась к нулю. Нами с целью коррекции непсихотических психических расстройств использовался комплекс лечебных мероприятий, включавших сбалансированное сочетание

психофармакотерапии и психотерапии. Оказание помощи характеризовалось индивидуальным подходом к каждому больному подростку, при соблюдении основных принципов терапии при невротических расстройствах и сопутствующей алкогольной нозологической патологии.

Медикаментозное лечение применялось во второй и третьей группах обследованных подростков, т.е., при наличии невротических расстройств на фоне субклинического употребления пива (вторая группа) и невротических психических расстройств (клинические диагнозы раздела F4 МКБ-10) и коморбидной алкогольной нозологической патологии с шифрами F10.1 и F10.2 согласно МКБ-10 (третья группа). При оценке микросоциальных условий как удовлетворительных и/или нетяжелом уровне расстройств рекомендовалось преимущественно амбулаторное лечение.

Для терапии неврастении и купирования депрессивных проявлений в её структуре психофармакотерапия, проводимая пациентам данных групп, включала назначение антидепрессанта группы СИОЗС (эти препараты широко применяются в амбулаторных условиях) со стимулирующим действием (флуоксетина), дозы которого подбирались индивидуально, в пределах 20-60 мг в сутки, с учетом того, что, клинический эффект развивался через 1-2 недели после начала лечения, а у некоторых пациентов и позже.

Кроме того, в процессе проводимого лечения (в том числе, для устранения возможно появляющихся возбуждения и бессонницы как следствия стимулирующего эффекта флуоксетина в первые недели его приёма) нами использовался селективный небензодиазепиновый анксиолитик афобазол (в дозировке 30 мг в сутки). При более выраженных проявлениях депрессии с заторможенностью применялся сульпирид (100-300 мг/сут. в 2-3 приема). Для стабилизации эмоционального фона назначался карбамазепин (200-400 мг/сут. в 2-3 приема). С целью предупреждения нежелательных побочных явлений дозировку препаратов в начале терапии плавно

увеличивали, а перед тем, как прекратить прием, так же постепенно уменьшали.

При лечении расстройств адаптации в амбулаторной практике в двух исследованных группах перед нами стояла задача эффективно купировать тревогу и беспокойство, не вызвав при этом значительной седации, т.е., вялости, заторможенности, сонливости. В этих случаях мы использовали буспирон – так называемый дневной транквилизатор, благоприятно воздействующий на симптомы социальной фобии, одной из наиболее распространенных разновидностей тревожных расстройств, и имеющий существенный антидепрессивный эффект[15,169,170]. Дозировки данного препарата подбирались индивидуально, составляя 20-30 мг в сутки, но их достигали постепенно, начиная не более чем с 15 мг средства и увечичивая дозу 1 раз в 2-3-е суток. Вопрос о назначении антидепрессантов при указанных нарушениях может возникнуть, если тревожные расстройства сочетаются с депрессивными, или доминирует депрессивное настроение, а также, если есть риск перехода расстройств адаптации в более тяжелые формы патологии[159,160]. При назначении антидепрессантов приоритетное значение имеет минимум побочных эффектов и лекарственных взаимодействий, а степень клинической эффективности стоит на втором месте. К таким препаратам относятся селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), т.е., новое поколение антидепрессантов, лишенное этих недостатков[90]. Первым из препаратов этой группы был произведен флувоксамин (феварин), который с 1983 года стал применяться в клинической практике. Некоторые особенности флувоксамина выгодно отличают его от других препаратов группы СИОЗС, так как флувоксамин по сравнению с другими препаратами группы СИОЗС обладает более выраженным противотревожным и седативным действием, что позволяет его использовать без добавления транквилизаторов и назначать в вечернее время для улучшения засыпания. Феварин можно применять как в подростковом, так

и в пожилом возрасте у больных с мягкими когнитивными расстройствами, поскольку доказан его положительный эффект на когнитивные функции. Первоначально дневная доза лекарства составляла 50-100 мг (1 или 2 таблетки в зависимости от дозировки), а при необходимости дневная доза повышалась до 150-200 мг. Максимальная дневная доза составляла 300 мг. Если суточная доза превышала 100 мг, она распределялась на два или три приема. Таким образом, симптоматическое лечение (преимущественно седативными препаратами и транквилизаторами), а также использование антидепрессантов из группы СИОЗС позволили успешно справляться с расстройствами адаптации у лиц молодого возраста.

Для лечения тревожно-фобических расстройств назначались антидепрессанты, предназначенные для купирования сопутствующих депрессивных проявлений[159,251,258]. Был выбран один из указанных препаратов группы ИОЗСН – сертралин – в дозировке 50 мг/сут., который назначался 1 раз в сутки утром или вечером, независимо от приема пищи. Обычная терапевтическая доза составляла 50 мг/сут. Лечение панических расстройств начинали с 25 мг/сут., через 1 нед. дозу сертралина повышали до 50 мг/сут. Такая схема способствовала снижению частоты возникновения негативных реакций, характерных для панического расстройства, на ранней стадии лечения. Суточную дозу препарата при всех показаниях можно повысить (при недостаточном терапевтическом эффекте) с 50 мг/сут. до 200 мг/сут. в течение нескольких недель. Начальное терапевтическое действие развивалось на протяжении 7 дней; при этом, для достижения полного эффекта обычно требовалось 2-4 нед. и более (при лечении обсессивно-компульсивного расстройства).

У некоторых пациентов при более выраженных депрессивных проявлениях назначался трициклический антидепрессант амитриптиллин по 25 мг 3 раза в сутки. Кроме того, в процессе проводимого лечения нами использовался дневной транквилизатор буспирон, который, как упомянуто

выше, обладает существенным антидепрессивным эффектом и благоприятно воздействует на симптомы одной из наиболее распространенных разновидностей тревожных расстройств – социальной фобии. Дозировки препарата подбирались индивидуально, составляя 20-30 мг в сутки, при постепенном их увеличении 1 раз в 2-3-е суток, начиная с не более чем 15 мг/сут. в первые дни приёма. Для стабилизации настроения назначался нормотимик карбамазепин (200-400 мг/сут. в 2-3 приема). Лечение больных с нозологически очерченной алкогольной патологией основывалось на принципах добровольности, максимальной индивидуализации и комплексности лечения, отказа от употребления алкоголя и патогенетического подхода к терапии [11,224,243]. Прерывание злоупотребления алкоголем, купирование абстинентных расстройств при синдроме зависимости от алкоголя основывалось на использовании комбинированного препарата «Медихронал-Дарница" и характеризовалось устранением физической тяги к спиртному, эффективным дезинтоксикационным действием, купированием похмельного синдрома, приводящего к выраженномму отрезвляющему эффекту, нормализацией общего состояния и улучшением самочувствия.

Нами использован следующий алгоритм терапии синдрома зависимости от алкоголя:

1) детоксикация препаратом Медихронал-Дарница в течение 3-5 дней, при необходимости, 5-7 дней;
2) тиосульфат натрия: 5,0 мл в/в в течении 10 дней как один из способов избавиться от алкогольной зависимости с формированием устойчивого отвращения к алкоголю;
3) витамины (пиридоксин 5% – 10 мл в/м, тиамина гидрохлорид в/м, никотиновая кислота в/м, аскорбиновая кислота в/м) в течение 10 дней;
4) транквилизаторы (афобазол в дозировке 30 мг в сутки, а при более выраженных проявлениях депрессии для коррекции поведенческих нарушений – сульпирид (100-300 мг/сут. в 2-3 приема);

5) для стабилизации настроения назначался нормотимик карбамазепин (200-400 мг/сут. в 2-3 приема);
6) антидепрессанты (сертралин в дозировке 50 мг/сут. 1 раз в сутки утром или вечером независимо от приема пищи);
7) антиоксиданты (мексидол 125-250 мг/сут. в течение 7 дней);
8) гепатопротекторы (эссенциале по 1 капсуле 3 раза в день в течение 2-х месяцев).

5.2. Рациональная психотерапия как базовая методика системы лечебно-коррекционных воздействий при невротических расстройствах у больных на разных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости

5.2.1 Индивидуальная рациональная психотерапия.

Психотерапия больных алкоголизмом должна быть патогенетической, т.е., вскрывать внутренние мотивации личности на этапе первоначального приобщения к спиртному и на этапе систематического пьянства и злоупотребления [55,67,127]. На этапе индивидуальной психотерапии нами изучалась личность подростка, ее типологическая структура, микросоциальное окружение, система отношений с микросредой в процессе учебы и в быту, особенности личностных реакций, поведения, жизненных ценностей, социальных ориентаций. Одновременно, путем анализа истории развития, воспитания подростка мы составляли для себя представление о его личностно-психологических качествах до заболевания и в процессе развития, об особенностях патохарактерологических сдвигов, клиники заболевания и его течения. Выяснялись система взглядов на развитие непсихотических психических расстройств у больного, усиливающихся интоксикацией алкоголем, искренность стремлений к трезвому образу жизни, отношение

подростка к пребыванию в лечебном учреждении и к методам лечения. В конечном итоге, определялись личностные характеристики, состояние эмоционально-волевой сферы, социальная сохранность. Применялся прием сравнения настоящего состояния и положения подростка с изначальным, когда перед ним раскрывался весь мир надежд и устремлений[90].

На этапе индивидуальной психотерапии, носящей преимущественно диагностический характер, использовался принципиально важный прием – установление максимально доверительных контактов. Существуют бесспорные требования к поведению психотерапевта в беседе с больным. Обязательным условием успешной терапии является присоединение терапевта к пациенту. Участники психотерапии понимают только обращение на языке собственных переживаний. Они готовы обсуждать только собственные проблемы и чужие темы даже не слышат. Врач говорит на языке, понятном больному, иначе его усилия по лечению пациентов будут безуспешными. Принцип индивидуального личностного подхода, индивидуализации лечения на разных этапах терапии больного с непсихотическими психическими расстройствами и алкоголизмом наиболее перспективен, но, в то же время, и трудоёмок. В подобных случаях оправданы краткосрочные психотерапевтические воздействия, имеющие целью преодолеть ригидность патологического процесса. Эффективность краткосрочных психотерапевтических воздействий подтверждена практикой. В краткие сроки, в течение нескольких встреч, врач-психотерапевт должен изменить некоторые представления больного, касающиеся болезни и внушить оздоровительные формы поведения[121]. Рациональная психотерапия больных с невротическими расстройствами в течение одного или нескольких сеансов позволила решить ряд важных терапевтических задач, способных повлиять на весь ход лечения и ближайший прогноз. К этим задачам относятся:

- формирование адекватной внутренней картины болезни, терапевтических установок (стремления прекратить употребление алкоголя, желание

лечиться с использованием конкретных методов терапии непсихотических психических расстройств и алкогольной зависимости;

- построение реальных жизненных планов для достижения позитивных социально значимых целей;
- формирование внутреннего локус-контроля с принятием всей ответственности за собственное поведение и проблемы, связанные с наличием непсихотических психических расстройств и употребления алкоголя (пива).

При проведении рациональной психотерапии больным с наличием невротических расстройств и коморбидной нозологической алкогольной патологии врач совместно с пациентом должен выяснить следующие основные вопросы: «Как оценивает себя пациент?», «Каким он хочет быть в оценке окружающих?», «Каков он на самом деле?», «Какой ущерб ему наносит алкоголь?». В результате, у больного формируются правильное самосознание и самооценка, что повышает эффективность проводимого психиатрического и противоалкогольного лечения.

5.2.2. Групповая рациональная психотерапия.

Рациональная психотерапия может проводиться не только индивидуально, но и в виде её группового варианта. В этом случае большое влияние оказывает не столько сам психотерапевт, сколько умело направляемый им групповой процесс [90]. Именно в группе аналогичных пациентов предпочтительно обсуждать особенности личностных структур. На обсуждение группы представляются истории болезни (амбулаторные карты) с различными личностными характеристиками, в которых ярко демонстрируются их связи со злоупотреблением алкоголем. Нами проводилось обсуждение значения особенностей личности, актуальной ситуации и понимания болезни каждого из участников групповой терапии для развития заболевания. Использовались методики «анонимного обсуждения» – разбора конкретных историй болезни наблюдавшихся ранее больных с

привлечением сведений из историй присутствующих больных, без оглашения их принадлежности. Методика «психотерапевтического зеркала» [47,127] отличалась детальным обсуждением расстройств, знакомых присутствующим. Формирование психотерапевтических групп из больных, находящихся на разных стадиях и фазах течения заболевания составляло сущность методики «лечебной перспективы». Разъяснение существующих методов терапии психических заболеваний непсихотического уровня и антиалкогольного лечения является обязательным, так как больные не в полной мере знают о возможностях современной медицины и особенностях собственного состояния. Часто больной делает для себя большие открытия и может составить представление о приемлемых для него методах лечения. Важно в такой психотерапии показать, как социально приемлемые мотивы деятельности и потребности постепенно отодвигаются на задний план и замещаются патологической потребностью в спиртном. Поскольку подростки, употребляющие алкоголь, склонны обвинять в своем пьянстве окружающих и не критичны в собственных оценках, то следующей по важности задачей психотерапии становится осознание больными качеств собственной личности, возникновения и развития непсихотических психических расстройств, особенно тех, которые способствуют формированию и развитию болезни, применительно к той или иной личностной структуре.

Добиваясь осознания болезни и формулируя установку на лечение, в то же время, необходимо снять с больного «вину» за свою болезнь. Это достигается двумя путями: снижением влияния негативных социальных последствий диагноза («Ну и что же, что невроз? Бывают болезни и похуже. А сколько по-настоящему хороших людей страдает алкоголизмом?») и снятием с личности «вины» за этот диагноз («Каждый может заболеть»). Следует акцентировать внимание на известных пациенту случаях успешного лечения и многолетнего воздержания от приема алкоголя и ПАВ.

Целевая экзистенциальная группа (ЦЭГ) – социальное явление, отражающее нишу человека в социальном пространстве с учетом задач эволюционного развития личности. Это определенный вид, категория, служащая для обозначения эволюционных характеристик развития личности, деление людей в зависимости от духовного статуса человека; отражает этапы развития качеств и свойств личности. Общими стержневыми критериями, по которым можно определить принадлежность к определенной ЦЭГ человека, являются отношение к жизни, ответственность, отношение к труду. Отношение к жизни понимается как процесс формирования ценностей, ведущих потребностей, интересов, мотивов, личного бытия – определенного способа жизни и направления развития личности. Отношение к труду понимается как процесс осознания человеком всех своих действий. Ответственность понимается как волевое личностное качество человека, проявляющееся осознанным самоконтролем и субъективной готовностью отвечать за собственные действия и поступки[252].

Алгоритм описания основных характеристик ЦЭГ:

1. Степень самостоятельности в принятии решений, границы ответственности.

2. Отношение к труду.

3. Отношение к людям.

4. Отношение к себе: самооценка, способность к рефлексии.

5. Основные качества характера.

6. Основные ценности, сфера интересов.

7. Способности.

8. Ведущий мотив.

9. Особенности развития и лечения психических и наркологических заболеваний.

Степень самостоятельности в принятии решений, границы ответственности относятся к ответственности «за выживание». Индивидуум

часто демонстрирует полное избегание ответственности. От него крайне трудно добиться как принятия обязательств, так и их выполнения. Самостоятельные решения могут быть направлены только на собственное выживание. Личность способна только к очень жестко структурированной внешней ответственности. Не отвечает ни за себя, ни за других людей, даже близких родственников.

Отношение к труду описывает представителей этой ЦЭГ воспринимающими труд как недоразумение. Работать они не умеют. Часто общий трудовой стаж не превышает нескольких месяцев. Однако, если такому индивидууму удается использовать в обществе свои сильные стороны (способности к наблюдению и анализу), качество его жизни может быть очень высоким. Может придумать действительно новую, интересную идею, однако будет испытывать значительные трудности с ее реализацией. Для него вероятны профессии журналиста, аналитика, автора монологов. Однако, если есть возможность, предпочтет жить на пособие, ренту, за счет родителя или супруга.

Отношение к людям связано с занимаемой позицией наблюдателя. Индивудуум способен к интересным наблюдениям и суждениям. В семье эгоистичен, как должное воспринимает заботу о себе без намека на ответные действия. Частая позиция – «только не трогайте меня», но, при этом, – «вы мне должны». По большому счету, к людям относится равнодушно, как к объектам наблюдения. Часто не имеет близких привязанностей.

Отношение к себе проявляется ярким отторжением каких-либо ограничений и обязательств. Свобода воспринимается данным индивидуумом как полное невмешательство в его жизнь и дела. Он практически не способен себя ограничивать, устремлен к вседозволенности. Сознание направлено на собственные ощущения, характерна общая зависимость от настроений и прихотей, которых, впрочем, не так уж много. В жизни часто неприхотлив, довольствуется малым.

Основные качества характера субъекта проявляются в том, что он малоэмоционален, малоэнергетичен, неамбициозен, флегматичен. Характерна вялая деятельность (связанная с тем, что интересно), свойственна неразборчивость в средствах. Мотивы поступков часто кажутся окружающим нелогичными, выражены эгоизм и эгоцентризм. Индивидуум не умеет искать компромиссы. Отличается широтой внимания, большой, но поверхностной сферой интересов, знаний, невысоким уровнем притязаний. Физически часто слаб.

Основные ценности, сфера интересов характеризуются виртуозным умением жить за чужой счет. Это может относиться к государственныи пособиям, родственникам, окружающим людям, например, не умеющим отказывать. Субъект не брезгует криминалом и попрошайничеством. Внутреннее ощущение комфорта и получение удовольствия от жизни, как правило, его не интересуют. Интересы – компьютер, кино, телевидение – всё, что связано с наблюдением. В силу своей неприхотливости, индивидуум может быть «бомжом», удовлетворяясь наблюдением этой сферы жизни. Обладает высокой выживаемостью. Практически в любых условиях способен отыскать свой собственный «тихий уголок», свободный от опасностей и обязательств.

Способности подразумевают, что движущими силами активности личности являются выживание и наблюдение. Характерны простые волевые, переходящие в импульсивные, действия. Субъект способен к неординарным суждениям, необычным идеям, неожиданным находкам. Может увидеть нечто интересное, смешное или полезное там, где остальные пройдут мимо.

Ведущий мотив: «Хочу спокойно жить за чужой счет», «Не трогайте меня».

Особенности развития и лечения психических и наркологических заболеваний характеризует злокачественное течение наркологических заболеваний – высокопрогредиентное, с краткими ремиссиями,

обусловленными жестким внешним контролем, либо угрозой выживанию. Распространенный вариант – виртуальная зависимость (но не гемблинг – в силу неазартности). Действие многих ПАВ, включая алкоголь, хорошо встраивается в систему ценностей индивида, связанную с наблюдением в различных аспектах, поэтому формирование зависимости часто носит быстрый безремиссионный характер. Такая личность эффективно воспринимает суггестивную психотерапию, особенно, если понимает угрозу зависимости для своего выживания. В реабилитации смысла не видит. В течение всего длительного реабилитационного процесса данный пациент способен «тихо отсидеться» и возобновить прием алкоголя сразу после выписки.

С введением в наркологическую практику целевого экзистенциального подхода, мы получаем возможность дифференцированной разработки лекарственных, психотерапевтических и реабилитационных программ. С точки зрения ЦЭГ, важное значение приобретает умение человека переоценивать свои ценности – это дает возможности для целенаправленного развития в вышестоящие группы. Подобный подход определяет ключевую роль отношения пациента к ответственности – именно этот критерий, как мы считаем, может стать одной из важнейших дополнительных клинических характеристик наркологического заболевания.

5.3. Семейная психотерапия в системе лечебно-коррекционных воздействий при невротических расстройствах у больных на разных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости

Семейная психотерапия рассматривается как метод восстановления функционального единства семьи посредством нормализации отношений и

психического здоровья её членов. Она состоит из следующих этапов: 1) обследования семьи; 2) семейных обсуждений; 3) совместной психотерапии больного и родителей [63].

Первый этап семейной психотерапии завершается постановкой так называемого семейного диагноза, в котором, с позиций системного анализа, обобщаются психопатологические, личностные и социально-психологические особенности исследуемой семьи. Особое внимание обращается на недостаточное функционирование семьи как системы взаимосвязанных ролей, низкую продуктивность совместной деятельности, наличие большого количества неразрешенных проблем и явных или скрытых конфликтов.

При обследовании врач, больной и родители составляют малую группу, отношения в которой существенно влияют на процесс последующей психотерапии. В первую очередь, это относится к установкам участников данной группы на врачебную помощь. Так, большинство родителей, находясь в конфликте с детьми, ожидают, что врач заставит детей беспрекословно выполнять их требования и устранит у них "дух своеволия". В связи с этим родители могут прямо или косвенно предписывать врачу определенный план действий с целью усиления своей позиции в семье. Таким образом, врач может быть вовлечен в неразрешенный семейный конфликт, поэтому он должен соблюдать известный нейтралитет в семейном конфликте, основанный не на эмоционально холодном или чрезмерно сдержанном отношении, а на эмоционально теплом эмпатическом проникновении в проблемы семьи, исключающем безоговорочную поддержку какого-либо члена семьи в ущерб другим и попытку все сразу "поставить на свое место"[173]. Функция врача заключается в содействии прогрессивному развитию семейных отношений и в понимании точек зрения всех участников конфликта. Психотерапевт действует не как судья, а как посредник в проблемах семьи, исходя, прежде всего, из задач лечения подростка, болезнь которого в немалой степени обусловлена неблагоприятно сложившимися семейными отношениями. В этом

значении врач поддерживает желание родителей нормализовать обстановку в семье и вылечить подростка, что уже само по себе выполняет интегрирующую роль в восстановлении нарушенных семейных отношений. Особого внимания заслуживает позиция родителя, который не посещает врача и отрицательно относится к лечению ребенка. При доминировании в семье он может свести на нет психотерапевтическое воздействие врача. Нередко против обращения за помощью выступают отцы, расценивая это как вмешательство, подрывающее их мужской авторитет. Своевременное обсуждение с обоими родителями необходимости лечения ребенка предупреждает подобное отрицательное отношение. По отношению к лечению всех родителей можно разделить на две группы. Одни придают серьезное значение нервно-психическому здоровью своих детей и обеспокоены их состоянием. В такой роли часто выступает мать, сама страдающая неврозом и испытывающая чувство вины за возникновение болезни у ребенка. Другие приводят детей на прием только по настоянию специалистов, не осознавая своей ответственности. Эти родители формально относятся к рекомендациям врача. В данных случаях от него требуется немало такта и умения, чтобы заинтересовать родителей в оказании всесторонней помощи ребенку, чему способствует обоснование врачебного прогноза о дальнейшем неблагоприятном личностном развитии пациента. Успешность подобной коррекции отношения родителей в значительной мере зависит от их культурного и нравственно-этического уровня.

Осложняют семейную психотерапию паранойяльный настрой у родителей, авторитарные, истерические и эгоцентрически-защитные черты их личности, неспособность к эмоциональному сопереживанию, скупость, "товарный фетишизм", негибкость мышления, нетерпеливость и неустойчивость характера.

Как правило, родители не понимают истинных причин заболевания ребенка, и необходимо в тактичной форме сделать так, чтобы они приняли концепцию врача и испытывали желание перестроить некоторые из своих отношений[97].

Однако, это еще должно найти свое практическое воплощение, для чего требуются достаточно продолжительное время и определенное обучение родителей. В некоторых случаях тревожные и пессимистически настроенные родители, разочаровавшиеся в медицине и не верящие в то, что когда-нибудь их ребенок будет здоров, сами нуждаются в соответствующем «внушении» [140].

Выслушав родителей, врач излагает свое мнение о причинах возникновения невроза у ребенка. Подчеркиваются факт заболевания не только ребенка, но и взрослых членов семьи и серьезность создавшегося положения. Показывается конкретная связь невротических нарушений с психотравмирующей ситуацией в семье и характерологическими особенностями родителей. Отмечается, что их повышенные и противоречивые требования не соответствуют реальным возможностям и потребностям детей, а невозможность данной реализации является главным источником конфликта между родителями и детьми[86]. Обсуждается тенденция некоторых родителей компенсировать на детях взаимно обусловленные чувства внутренней неудовлетворенности и напряжения. В процессе беседы не используются оценочные суждения типа порицания и обвинения в адрес матери и отца, а проводится поиск положительных моментов в семейных отношениях как педагогической перспективы в психотерапии. Последующая активность родителей свидетельствует об актуальности затронутых проблем. Постепенно в беседе возникает диалог, переходящий в дискуссию, целью которой являются поиск и согласование общей точки зрения на воспитание, вначале по второстепенным, а затем и по главным вопросам. Этому помогает определенная техника дискуссии, которая проводится на паритетных началах в спокойной и непринужденной обстановке. Подчеркиваются роль обоих родителей в психотерапии, необходимость тесного сотрудничества с врачом. Рекомендуется воздерживаться от дальнейших обострений семейных отношений, какими бы ни были их причины.

5.4. Особенности психотерапии при депрессивных расстройствах у лиц молодого возраста на разных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости

Психотерапия подростков, страдающих алкоголизмом, является сложной задачей из-за наличия депрессивных и поведенческих расстройств смешанного генеза. При длительном злоупотреблении алкоголем (пивом) депрессивные расстройства становятся перманентными субличностными образованиями и требуют дифференцированного психотерапевтического подхода наряду с «алкогольными субличностями» [30,156].

Нами были обозначены следующие общие черты депрессивных и алкогольных изменений у обследованного контингента подростков: депрессивная субличность, характеризуемая утратой интересов, способности получать удовольствие, пессимистическим видением будущего, заниженной самооценкой, подавленностью как чертой характера, частой «депрессивной анозогнозией» – отрицанием наличия аффективной патологии; алкогольная субличность, описываемая утратой как интересов вне алкоголизации, так и способности без алкоголя получать удовольствие («алкогольная ангедония»), пессимистическим видением будущего (динамики ситуации, перспектив лечения, с наличием феномена «запрограммированности на неудачу»), снижением самооценки, в том числе, вследствие стигматизационного воздействия, гипотимностью, дисфоричностью «проалкогольного» содержания, «алкогольной анозогнозией» – отрицанием наличия алкогольных проблем[206].

Для эффективной психотерапии первоочередной задачей было преодоление отрицания, что требовало изучения механизмов его возникновения. Нами обнаружено, что каузальные составляющие

«депрессивной анозогнозии» во многом перекликались и совпадали с «алкогольной анозогнозией» у обследованного контингента[139].

Психотерапевтическая работа с пациентами строилась в соответствии с такими выявленными нами закономерностями, как:

1а) суперфициальная составляющая «депрессивной анозогнозии» – попытки объяснить длительную депрессию внешними, поверхностными причинами (словесные формулы: «Это не депрессия – просто тяжелый период жизни», «Никакой депрессии нет, просто одиночество» и т.д.). При выявлении суперфициальной составляющей «депрессивной анозогнозии» наиболее адекватной была рациональная психотерапия, которая заключалась в объяснении подросткам логической взаимосвязи между возникновением психотравмы, последующей депрессии и алкоголизации;

1б) суперфициальная составляющая «алкогольной анозогнозии» проявляющаяся в объяснении алкоголизации исключительно внешними причинами («Переживал после стресса, психотравмы – начал пить»). Психотерапия строилась на доказательстве того, что внешние факторы лишь «запустили» механизм алкоголизации, которая впоследствии стала самостоятельной проблемой. Рассматривалось соотношение «внешнего-внутреннего» с задачей укрепления позиций «внутреннего» в противостоянии «внешнему», обсуждались пути повышения фрустрационной толерантности;

2а) когнитивная составляющая «депрессивной анозогнозии» – незнание проявлений депрессии, психиатрическое невежество. При выявлении когнитивной составляющей «депрессивной анозогнозии» психотерапия заключалась в дидактическом разъяснении особенностей депрессии, её специфики, клинических вариантов депрессии, своеобразия и атипизма;

2б) когнитивная составляющая «алкогольной анозогнозии» выражающаяся в «наркологическом невежестве» пациентов, когда употребление алкоголя приписывалось вредным привычкам и не воспринималось как серьезное биологическое заболевание. Так же, как при

работе с депрессивной анозогнозией, осуществлялась «ликвидация наркологической безграмотности» с планомерной демонстрацией ранних признаков заболевания, его развития с учетом возрастной и гендерной специфики, а также возможных последствий в будущем;

3а) перцептивная составляющая «депрессивной анозогнозии» – плохое осознание депрессии, восприятие её как нормы (словесные формулы: «Это моё обычное настроение», «Думаю, что это нормально», «Считаю, что все так себя чувствуют»). Психотерапия была направлена на эмоциональную составляющую и заключалась в том, чтобы показать факт снижения настроения, увязать депрессию с различными факторами. Также сюда можно отнести «психотерапию воспоминанием» – проведение тренинга с возвратом к прежнему, доболезненному эмоциональному состоянию;

3б) перцептивная составляющая «алкогольной анозогнозии», проявляющаяся в отсутствии ощущения болезненности интоксикационных проявлений, в восприятии их как нормы, что объяснялось пациентами традициями употребления алкоголя в соответствующей среде («Все пьют»). Состояние нетяжелого похмельного синдрома воспринималось как обычное психофизическое состояние, к которому тоже наступило привыкание за многие годы злоупотребления алкоголем. Психотерапевтическая процедура заключалась в сравнении состояний «чистоты» и «отравления» (терминов, доступных пациентам с невысоким интеллектуальным уровнем), а также в требовании описать свои ощущения, возникающие при абстинентом синдроме;

4а) сапплантинговая составляющая при «депрессивной анозогнозии» – вытеснение факта наличия депрессии, уход от проблемы, игнорирование её как несущественной, временной и обратимой (словесные формулы: «Это временно, само пройдет», «Не стоит обращать внимания на мелочи»). При наличии сапплантинга – своеобразного вытеснения – психотерапия заключалась в выведении факта наличия депрессии из сферы неосознанной в

сознательную часть психики; при этом, необходимо было указать на факт вытеснения, доказать наличие аффективных проблем и способов их преодоления;

5а) нонкомплаентная составляющая «депрессивной анозогнозии» – нежелание сотрудничать с врачом, выполнять его рекомендации, отказ принимать лекарства, «психотерапевтическая глухота» (словесные формулы: «Я не собираюсь ходить по врачам из-за какой-то депрессии», «Мне не нужны антидепрессанты»). При выявлении нонкомплаентной составляющей «депрессивной анозогнозии» психотерапия заключалась в установлении контакта, включающего определенную меру доверия и взаимопонимания с пациентом, в объяснении значимости приема антидепрессантов, внушении отсутствия угрозы со стороны врача и наличия эффективности препаратов;

5б) нонкомплаентная составляющая «алкогольной анозогнозии» выражающаяся в избегании контактов с врачами-наркологами без экстренной необходимости. Общение с медиками, при этом, носило часто вынужденный характер – в ситуации тяжелых абстинентных состояний или при настаивании со стороны родственников больных. В этих случаях целесообразным являлась смена индивидуальной психотерапии на групповую – нередко массовые реакции «покаяния» пробивали брешь личностной нонкомплаентности;

6а) стигматизационная составляющая «депрессивной анозогнозии» – опасения принадлежности к группе абнормальных, страх признания «психической неполноценности» (словесные формулы: «У меня все в порядке», «Оставьте меня в покое», «Лечите психически больных»). Психотерапия заключалась в «дестигматизации» депрессии, расширении в сознании пациентов ее границ и числа лиц с подобными нарушениями, объяснении происхождения аффективных расстройств при хронической алкоголизации;

6б) стигматизационная составляющая «алкогольной анозогнозии» проявляющаяся в нежелании быть отнесенными к группе «алкоголиков», в

максимальном продлении периода скрытой, латентной алкоголизации, что особенно показательно при одиночном пьянстве. Довольно сложным оказалось определить, какая стигма была более болезненной для обследованных (алкогольная или депрессивная), так же, как и идентифицировать характер депрессии при длительном алкогольном стаже (преморбидная, ситуационная, интоксикационная, энцефалопатическая). Вероятно, поэтому следует проводить параллельную антистигматизационную психотерапию с переводом модели поведения «потребителя алкоголя» на модель «потребителя антидепрессантов». Вместе с тем, тотальная анозогнозия (алкогольная и депрессивная), сопровождающаяся упорным отказом сотрудничать с психотерапевтом, служила прогностически неблагоприятным фактором. Работа с алкогольной субличностью велась параллельно с изменением депрессивной субличности, так как при подростковом алкоголизме остается неясной степень их «первичности». В связи с этим, первостепенное значение имело преодоление алкогольной анозогнозии. Как уже было отмечено выше, ее составляющие у подросткового контингента больных были аналогичными депрессивной анозогнозии, поэтому алгоритм проведения психотерапии сохранялся с коррекцией на другую тематику. Психотерапия данного контингента больных, кроме работы с алкогольной и депрессивной субличностями, также включала работу с дополнительными (астенической, ипохондрической, тревожной, истерической, апатической) субличностями, обладающими неалкогольным потенциалом в преодолении алкогольных проблем. Подобная конвертация с переводом обсуждения в русло иных вопросов прерывала прежние болезненные формы реагирования в виде готовности к стыду, привычного пересказа «легенды» о причинах алкоголизации и персеверативных обещаний изменить жизненный сценарий[171,199]. Наиболее податливой к психотерапии оказалась группа пациентов с депрессивно-ипохондрическими расстройствами: фиксация на вопросах здоровья, образование сверхценных идей (по типу «паранойи

здоровья»), способных конкурировать с алкогольной доминантой, способствовали формированию устойчивых терапевтических ремиссий. Наименее результативной была группа с апато-депрессивными расстройствами: апатический радикал оставался неизменным независимо от наличия или отсутствия психотерапии – пациенты не реагировали на внешние воздействия, инкапсулировавшись со словесной формулой «Оставьте меня в покое».

5.5. Особенности психотерапии при растройствах адаптации у лиц молодого возраста на разных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости

Переходя к обсуждению подходов в терапии расстройств адаптации, выделим основные принципы. Лечение таких пациентов должно быть поэтапным, комплексным и дифференцированным в зависимости от преобладающих клинических проявлений [196].

Базовым, патогенетически ориентированным компонентом является психотерапия, поскольку психогении играют ведущую роль в развитии депрессивных расстройств[122,123].

В первую очередь, психотерапевтическая работа направлена на катартическое отреагирование негативных эмоций и повышение степени осознавания внутриличностных конфликтов, препятствующих адаптации к сложившейся ситуации. Необходимым этапом работы является изменение отношения пациента к психотравмирующей (стрессовой) ситуации и принятие ее как части жизненного опыта[118]. Важна переоценка собственной роли в психотравмирующей ситуации, принятие на себя определенной доли ответственности с формированием активной позиции в преодолении

сложившихся обстоятельств. Во многих случаях происходит реконструкция всей системы отношений личности с изменением иерархии ее ценностно-смысловых ориентаций [157]. В ходе психотерапевтической работы появляется возможность расширения навыков проблемно-разрешающего поведения пациента с дальнейшей реализацией их в жизни, повышается его способность к ассимиляции и регулированию негативных эмоций, вырабатываются новые стратегии поведения в стрессовой ситуации, возрастает стрессоустойчивость[179]. Рациональная психотерапия – метод психотерапии, использующий логическое убеждение как главное средство воздействия на сферу представлений пациента. В данном методе формальная логика служит для демонстрации больному ошибок в его умозаключениях, связанных с неправильной оценкой своего собственного состояния[210]. Особенностью рациональной психотерапии является направленность на уменьшение интенсивности переживаний, связанных со стрессом. Данный метод рекомендуется для лечения психических расстройств невротического уровня, сопровождающихся трудностями социальной адаптации[126].

Индивидуальная рациональная психотерапия применялись для коррекции представлений пациента относительно природы, степени тяжести и возможных осложнений его заболевания. В ходе каждой клинической беседы изучалась личность пациента и определялось, какие заблуждения относительно своего состояния имеются у больного. Затем проводилась работа по устранению этих заблуждений с использованием психотерапевтических средств логического (рационального) убеждения, разъяснения, дидактических приемов.

Рациональную психотерапию проводили по следующей схеме:

• объяснение сущности психогенных невротических расстройств и механизмов их развития (т.е., формирование понятий, которые были необходимы для дальнейшей психотерапевтической работы);

• обучение принципам и законам логики, достижение понимания причинно-следственных отношений между психотравмой и заболеванием;

• анализ стрессовой ситуации, отношения к ней пациента, нелогичных умозаключений и вытекающей из этого неточной интерпретации собственного психического состояния;

• коррекция ошибочных суждений, формирование адекватной внутренней картины болезни;

• переориентация (изменение отношения к болезни, личностных установок, поведения, изменение иерархии ценностей), выработка рациональных форм поведения и реагирования в условиях заболевания.

Продолжительность психотерапии ограничивалась сроками курса реабилитации (13-14 дней). Индивидуальные сессии психотерапии назначали с частотой сеансов 2-3 раза в неделю.

В целом, психотерапия при расстройствах адаптации проводилась нами в индивидуальном, семейном или групповом форматах. Выбор тех или иных методов и подходов всегда был индивидуален. У многих пациентов использовались техники когнитивно-поведенческого и экзистенциально-гуманистического направлений. Применялись также разные варианты гипнотерапии, арт-терапии, личностно-ориентированной (реконструктивной) и семейной системной психотерапии.

При легко или умеренно выраженных кратковременных стрессовых реакциях психотерапевтической работы с пациентом было достаточно, и не возникала необходимость в применении других методов лечения (в первую очередь, психофармакотерапии). Вместе с тем, опыт нашей клинической работы показывает необходимость в большинстве случаев комплексного лечения, причем его объем и продолжительность в первую очередь зависят от превалирующей клинической симптоматики и типа течения адаптационного расстройства.

5.6. Особенности психотерапии при неврастении у лиц молодого возраста на разных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости

Задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии для пациентов с неврастенией, с учетом трех плоскостей ожидаемых изменений более подробно могут быть сформулированы следующим образом [82,127]:

Познавательная сфера (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание). Процесс психотерапии должен помочь пациенту осознать:

– связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением невротического расстройства;

– какие ситуации вызывают напряжение, тревогу, страх и другие негативные эмоции, провоцирующие появление, фиксацию и усиление астенической симптоматики;

– связь между негативными эмоциями и появлением, фиксацией и усилением симптоматики;

– особенности своего поведения и эмоционального реагирования в различных ситуациях, их повторяемость, степень адекватности и конструктивности;

– как оценивают и реагируют окружающие на те или иные особенности поведения и эмоционального реагирования, какие последствия имеет такое поведение;

– существующее рассогласование между собственным образом «Я» и восприятием себя другими;

– собственные потребности, стремления, мотивы, отношения, установки, в том числе, патогенные культуральные ценности – культ успеха и совершенства, а также степень их адекватности, реалистичности и конструктивности;

– характерные защитные психологические механизмы;

– индивидуальное содержание неврастенического типа внутриличностного конфликта;

– более глубокие причины переживаний, способов поведения и эмоционального реагирования начиная с детства, а также условия и особенности формирования своей системы отношений;

– собственную роль, меру своего участия в возникновении, развитии и сохранении конфликтных и психотравмирующих ситуаций.

Общие факторы лечебного действия индивидуальной психотерапии, присущие всем психотерапевтическим методам в той или иной степени и имеющие место при проведении индивидуальной интегративной психотерапии неврастении[170]:

1) Хорошие отношения и сотрудничество между психотерапевтом и пациентом как основа, на которой строится психотерапия. В установлении контакта для пациентов с неврастенией важно, чтобы терапевт продемонстрировал свою веру в реальность симптомов и масштаб нарушений, глубокие знания этого заболевания, так как такие люди часто имеют «непростой» опыт взаимодействия с профессионалами, которые не восприняли их состояние и трудности серьезно. Сотрудничество является важным навыком в работе с пациентами с неврастенией. Партнерство как модель неавторитарного сотрудничества, терапевтического союза предполагает активное участие больного в психотерапевтическом процессе, развитие ответственности и самостоятельности, умение делать выбор между альтернативными решениями. Многие пациенты до настоящей терапии не были включены в процесс управления своей болезнью. Возможно, до этого их мнением и представлением об их состоянии не интересовались, из-за чего больные могли чувствовать себя беспомощно. Сотрудничество на протяжении всего лечения помогает пациентам вернуть чувство контроля и быть более активными участниками терапевтического процесса. Этот вопрос обсуждается

при построении персонализированной модели индивидуальной интегративной психотерапии (происходит создание этой модели вместе с пациентом, изучение патогенетических факторов, прежде всего в плоскости когнитивного функционирования, обсуждение ответственности пациента за возникновение и поддержание болезни).

2) Первоначальное ослабление напряжения, основанное на способности пациента обсуждать проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь. Пациенты с неврастенией чувствительны к тому, что за время их заболевания они не встречали серьезного отношения к своему состоянию и, возможно, обеспокоены тем, что и настоящий терапевт и лечение не будут отличаться. В общении с пациентом лучше использовать язык, которым пользуется сам больной, чтобы описывать состояние и симптомы. Пациенты с неврастенией часто сопротивляются чрезмерной, с их точки зрения, психологизации их заболевания, поэтому очень важно с самого начала использовать интегративную модель представления о заболевании, которая включает в себя и биологические факторы, например, инициирование инфекционным заболеванием. Важно, чтобы терапевт с уважением относился к представлениям пациента о его болезни. Эта модель более благоприятна для установления контакта, чем строго дихотомическая (биологическая и психологическая болезнь).

3) Познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта.

4) Оперантная модификация поведения больного за счет одобрения или осуждения со стороны психотерапевта и повторяющегося корректирующего эмоционального опыта в отношениях с психотерапевтом. Положительное подкрепление играет очень важную роль именно для этой категории больных. Часто пациенты с неврастенией больше говорят о том, чего они не достигли, и фиксированы на этом. Поэтому очень важно, чтобы терапевт обращал внимание пациента даже на малейшие положительные изменения и

достижения (прошел ли он на 50 м больше, читал ли на 5 мин. дольше или встал на 5 мин. раньше).

5) Приобретение социальных навыков на примере поведения психотерапевта.

6) Эмоциональная поддержка пациента, сопровождающая весь период психотерапии. Эмпатия для этой группы пациентов – особенно важный фактор лечения, так как в течение длительного времени они имели большое количество проблем со здоровьем и часто сталкивались с несерьезным, недостаточно внимательным отношением к своему состоянию, получали противоречивые рекомендации. По этому поводу пациенты, безусловно, испытывают чувство разочарования и вины за свою болезнь. Пациенты, получившие на начальном этапе своего заболевания психологическую травму, зачастую, продолжают переживать ее последствия. Данная терапия часто является первым случаем, когда пациенты имеют возможность полностью рассказать свою историю, вдаваясь в детали и подробности, обретая чувство уверенности, что в настоящее время их заболевание воспринимается серьезно. Изменить предыдущие стереотипы, безусловно, трудно – пациенты боятся каких-либо изменений, опасаясь ухудшения состояния.

5.7. Особенности психотерапии при тревожно-фобических расстройствах у лиц молодого возраста на разных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости

Психотерапевтические мероприятия при тревожных расстройствах невротического уровня проводятся как в индивидуальной, так и в групповой формах [211,247]. В настоящее время вопрос об их соотношении может решаться в соответствии с представлениями о механизмах невротической

симптоматики – первичных (способствующих её возникновению) и вторичных (способствующих её сохранению). Поскольку первичные механизмы в большей степени связаны с внутриличностными конфликтами и историей жизни больного, а вторичные – с трудностями его межличностных отношений и актуальной жизненной ситуацией, то закономерным является сосредоточение внимания в индивидуальной психотерапии на проблематике первого и в групповой психотерапии – второго рода. Такое разграничение терапевтической проблематики носит, несомненно, условный характер, а выбор метода для решения этих задач определяется на основании комплексной оценки пациента: его личностных особенностей, внутренних установок, характера мышления, индивидуального поведенческого репертуара и др. Однако, применение психотерапевтических методов не всегда оправданно и имеет ряд противопоказаний, к которым относятся:

1) страх перед самораскрытием и сильная опора на «отрицание» как форму психологической защиты;

2) недостаточная мотивация к изменениям;

3) низкая интерперсональная сенситивность;

4) отсутствие возможности посещения занятий (по организационным и индивидуальным причинам);

5) сниженная способность участия в процессе активной вербализации и слушания, являющихся существенной частью работы любой группы;

6) характерологические особенности пациентов, которые не позволяют им конструктивно работать в группе и извлекать из этой работы пользу (это больные, постоянно отыгрывающие свои эмоции вовне в качестве защитной реакции, а не наблюдающие за своим психологическим состоянием, или пациенты с серьезным негативизмом или ригидностью).

Одним из наиболее частых методов для лечения тревожных расстройств невротического уровня является когнитивно-поведенческая психотерапия. Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии возникло вследствие

осознания недостаточности воздействий только на внешнее поведение пациента, понимания необходимости в ряде случаев модификации познавательной (когнитивной) сферы с целью повышения эффективности терапии. Это направление ставит перед собой задачу воздействовать прямо на когнитивные процессы (мысли, ожидания, установки) [9,14,15].

5.7.1. Когнитивная модель фобий.

При фобиях имеется предчувствие физического или психологического ущерба в специфических ситуациях. Если пациент в состоянии избежать подобной ситуации, он не ощутит угрозы и сохранит спокойствие. Если же он попадет в такую ситуацию, то почувствует субъективные и физиологические симптомы тревоги. Страх перед отдельными ситуациями основан на преувеличенном представлении больного об особых пагубных свойствах этих ситуаций (например, страх высоты, страх собак). При оценочных фобиях имеется страх неудачи в социальных ситуациях. Поведенческие и физиологические реакции на потенциальную «опасность» (отвержение, недооценка, неудача) могут мешать функционированию пациента до такой степени, что способны вызывать как раз то, чего он боится .

5.7.2. Когнитивная модель панического расстройства.

Пациенты с паническим расстройством склонны рассматривать любой необъяснимый симптом или ощущение как признак неминуемой катастрофы. Главной чертой лиц с паническими реакциями является наличие убеждения в том, что их витальные системы – кардиоваскулярная, респираторная, центральная нервная – потерпят крах. Пациенты с паническими расстройствами имеют специфический когнитивный дефицит: они не способны реалистически воспринимать свои ощущения и катастрофически их интерпретируют .

5.7.3. Когнитивная модель генерализованного тревожного расстройства.

В мышлении тревожного пациента доминируют темы опасности, то есть, он предполагает события, которые окажутся пагубными для него, для его

семьи, для его имущества и для других ценностей. Тревожные индивиды испытывают трудность в распознавании сигналов безопасности и других свидетельств, уменьшающих угрозу опасности.

Другим эффективным методом для лечения тревожных расстройств невротического уровня является краткосрочная интерперсональная психотерапия. Целью этого метода являются конструктивные изменения, прежде всего, в межличностной сфере. Они достигаются через раскрытие, анализ, осознание и переработку межличностных проблем пациента и коррекцию его неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия. В процессе психотерапии, ориентированной на коррекцию неадекватных интеракций, конфликтные отношения пациента утрачивают свой центральный характер. Это влечет за собой снижение выраженности симптоматики. Вторично наблюдается уменьшение и внутриличностной проблематики. Задачи психотерапии также фокусируются, в основном, на трех составляющих самосознания: самопонимании (когнитивный аспект), отношении к себе (эмоциональный аспект) и саморегуляции (поведенческий аспект). Использование в лечении больных с тревожными расстройствами групповой интерперсональной психотерапии позволяет воздействовать на более специфические психотерапевтические «мишени», характерные для данной группы больных – нарастание ограничительного поведения, приводящего к сужению социальных связей, выраженность симптомов социофобического характера, дефицитарность коммуникативной системы и др. Преимущество межличностного подхода заключается в том, что пациент выходит из состояния изоляции, создаются условия для установления контактов с другими людьми, возникает возможность формирования более адекватной самооценки. Проведение данного вида психотерапии способствует активизации и усилению фактора универсализации, который у данного контингента больных проявляется в

изменении и снижении чувства уникальности собственного расстройства, связанного со страхом смерти, сумасшествия, потери контроля. В конечном итоге, это приводит к изменению устойчивых неадаптивных стереотипов поведения. При краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии основные терапевтические интервенции проводятся на динамически современном уровне развития группы в противоположность генетически-регрессивному. Как правило, акцентируется внимание на легко поддающихся наблюдению преходящих выражениях осознаваемых потребностей и поведенческих паттернов, групповых ролей, симпатий и антипатий, а также – на особенностях структуры группы. Метод краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии ориентирован на: достижение симптоматического улучшения у пациентов; улучшение эмоционального состояния пациентов; улучшение их социального функционирования; увеличение уровня адекватной социальной адаптации.

5.8. Этапы реализации системы психопрофилактики и психокоррекции при невротических расстройствах на разных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости

Анализ полученных в ходе обследования данных о распространенности, возрастной динамике, клинико-патопсихологической и психологической структуре и факторах риска формирования невротических расстройств позволил разработать и внедрить в техникумы, лицеи и училища систему психопрофилактики и психокоррекции начальных проявлений и клинически очерченных нозологий невротических расстройств на различных стадиях формирования алкогольной(пивной) зависимости. К реализации данной системы привлекались администрации, учителя, кураторы классов и штатные

психологи данных учебных учреждений, а также психиатры и наркологи городских наркологических и психиатрических диспансеров.

В реализации системы психопрофилактики и психокоррекции невротических расстройств на различных стадиях формирования алкогольной(пивной) зависимости выделялись следующие этапы:

1. Диагностический этап – длился в течение первого месяца семестрового обучения и включал проведение комплексного (клинико-психопатологического, психологического и социально-демографического) обследования учащихся. Целью этого этапа было выявление поступивших в данные учебные заведения лиц, с одной стороны, с наличием невротических расстройств (как клинически очерченных, так и в форме их начальных проявлений на фоне субклинического и нозологического употребления пива), а с другой – с факторами риска возникновения невротических расстройств.

2. Этап проведения первичных психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий – длился с октября по конца первого семестра и имел целью:

а) предупреждение формирования (либо развития) невротической и наркологической патологии у тех обучающихся, у которых по результатам обследования были обнаружены указанные расстройства либо факторы риска их возникновения.

б) психокоррекцию и лечение выявленных в ходе клинико-психопатологического обследования невротических расстройств.

В разработанную нами программу указанных мероприятий включались следующие направления.

1) Работа с классными руководителями и преподавателями учебных заведений.

Результаты изучения характерологических и психологических особенностей личности и возможностей учащихся, состояния их соматического здоровья и наличие неблагоприятных факторов семейной

среды обсуждались с классными руководителями с соблюдением всех деонтологических норм и требований. На основании этой информации классные руководители не только формировали для себя детальное представление об учащихся, но и намечали программу индивидуальной и групповой воспитательной работы, а также мероприятий по рациональному распределению общественной нагрузки во вновь сформированном коллективе. Например, подросткам, претендующих на лидерство, предлагали возглавить определенные секторы в классном самоуправлении: художественную самодеятельность, спортивные соревнования, научные олимпиады. Учителя на основании полученной от нас информации могли определить для себя оптимальные способы изучения учебного материала отдельными обучающимися, а также правильно трактовать их некоторые поведенческие реакции (проявление стеснительности, страха при публичном ответе на вопросы и т.д. При составлении индивидуальных учебных планов для учащихся тщательно анализировались и учитывались такие зафиксированные на первом этапе нашей работы в «Картах обследования студентов техникума, лицея, училищ» факторы, как:

- ощущение подростками уже на первом месяце обучения чувства учебной перегрузки, физического переутомления;

- наличие хронического соматического заболевания;

- проживание в общежитии.

Для этих категорий учащихся обеспечивалось «плавное вхождение» в новую учебную среду благодаря регламентации объема домашних заданий, постепенному повышению требований к знаниям и навыкам подростков, индивидуализации учебных планов для подростков, нуждающихся в санаторной или стационарной санации. Кроме того, преподаватели постоянно (в течение первого семестра обучения) осуществляли контроль и помогали студентам, поселившимся в общежитии, в обустройстве быта и овладении навыками самоподготовки к занятиям. Все это позволяло, во-

первых, минимизировать влияние вышеуказанных факторов риска возникновения непсихотических психических расстройств, а, во-вторых, повысить эффективность коррекции этих расстройств, выявленных в ходе клинико-психопатологического обследования, за счет более успешной адаптации данной категории учащихся, а также повышения мотивации к зависимому употреблению алкоголя (пива) (при субклинической и нозологической форме).

2) Работа с родителями учащихся. Установление тесного сотрудничества с родителями подростков стало очень важным элементом разработанной нами системы психопрофилактики и психокоррекции, так как изучение условий формирования пивного алкоголизма и НР у учащихся, показало высокую значимость отношений в семье для сохранения и укрепления психического здоровья подростков.

Работа с родителями велась в соответствии со специально разработанным графиком: два раза в месяц они имели возможность в фиксированное время получить необходимую помощь на базе наркологического кабинета Республиканского наркологического центра.

3) Проведение индивидуальной психологической коррекции и психотерапии. Результаты проведенного на первом этапе комплексного клинико-психопатологического, психологического и социально-демографического обследования учащихся служили отправной точкой для индивидуальной психологической коррекции учащихся, на различных стадиях употребления пива и развитием у них НР.

Наиболее сильными фактороми развития НР у подростков была значительная неудовлетворенность отношениями в классе, в которых они учились раньше и отвергались в анамнезе бывшим учебным коллективом, низкая успеваемость, в силу чего они не могли найти общего языка со сверстниками, не полные семьи, воспитание другими родственниками или школами-интернатами, злоупотребление родителями алкоголем, частые

семейные ссоры, болезнь или смерть близких, в силу чего подростки становились замкнутыми и необщительными.

4) Проведение групповой психопрофилактической и психокоррекционной работы. Как указывалось выше, в ряде случаев индивидуальная психокоррекционная работа дополнялась групповой. С учетом проблем, выявленных во взаимодействии с учащимися, нами формировались группы следующей направленности:

• дети с острыми конфликтами дома или в учебном заведении, для которых проводились тренинги конструктивного разрешения конфликтов (участников групп учили конструктивном общению в конфликтной ситуации, умению рационально и аргументированно отстаивать свою правоту и, вместе с тем, - видеть собственные ошибки, искать оптимальное решение в споре)

• дети с недостаточно развитыми навыками социального функционирования, оказывались робостью в общении, неумением выступать перед аудиторией, отстаивать свое мнение; знакомиться со сверстниками. Для них проводились тренинги личностного роста и публичных выступлений (участники групп отрабатывали навыки публичного выступления, уверенного поведения в присутствии группы, выражение своих мыслей и чувств и получения обратной связи, психической саморегуляции)

• дети с жалобами на сложности в усвоении учебного материала, для которых проводились тренинги когнитивных навыков.

5) Психофармакотерапия.

Основная общая проблема для лиц с невротическими расстройствами и зависимым поведением состоит в слабой мотивации к лечению и последующей реабилитации. Мотивация при этом, в свою очередь, выражается в степени готовности к изменению существующего положения и предусматривает:

1. Желание начать лечение.

2. Активное сотрудничество в достижении терапевтических целей во время лечения, вплоть до момента его запланированного завершения.

3. Стремление избежать рецидивов после окончания лечения.

Разработанный нами алгоритм использования индивидуальной и групповой моделей психотерапии включал техники и приемы когнитивно-поведенческого направления, гештальт-терапии, семейной психотерапии, аутогенной тренировки.

Для профилактики НР, связанных с влиянием этого фактора, мы вместе с педагогами ученого заведения уже с начала первого семестра проводили работу по психологической поддержке учеников, объясняли им, что требования в данных учебных заведениях выше, чем в обычной средней школе, настраивали на спокойное, деловое восприятие возможных временных неудач, вселяли уверенность в собственных силах, в конечном успехе, а также помогали ученикам, особенно, живущим в общежитии, правильно организовать их бытовые условия.

Можно также сделать вывод о том, что для ощутимого эффекта профилактических мероприятий, они должны сопровождаться и государственными мерами по снижению доступности алкоголя подростковому населению.

РАЗДЕЛ 6. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ ЛЕЧЕБНО-КОРРЕКЦИОННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ (ПИВНОЙ) ЗАВИСИМОСТИ

6.1. Сравнительная характеристика эффективности разных видов лечения подростков с невротическими расстройствами на фоне субклинического и нозологического употребления пива

Для сравнительной характеристики эффективности разных видов лечения больных с невротическими расстройствами при субклиническом употреблении пива (вторая группа исследования) и невротическими расстройств (клинические диагнозы из группы F4.)в сочетании с коморбидной алкогольной нозологической патологией (третья группа исследования) подростки каждой из указанных групп были разделены на основную и контрольную группы: второй группы – на основную из 23 чел. и контрольную из 20 чел., третьей группы – на основную из 41 чел. и контрольную из 40 чел. В контрольных группах подросткам проводилась базовая терапия невротических расстройств на основании имеющихся клинических протоколов лечения невротических расстройств расстройств (во второй и третьей группах исследования) и коморбидной алкогольной нозологической патологии (в третьей группе исследования). В основных группах применялась разработанная нами система лечебно-коррекционных воздействий при невротических расстройствах (во второй и третьей группах исследования) и коморбидной алкогольной патологии (в третьей группе исследования),

которая включала в себя описанный выше комплекс, состоящий из психотерапии (рациональной, когнитивно-поведенческой, семейной, групповой (с использованием элементов гештальт-терапии), обучения аутогенной тренировке), проведения психопрофилактических занятий с целью улучшения информированности подростков о причинах и механизмах формирования невротических расстройств при разных формах употребления пива, о клинической картине и течении данных расстройств, возможностях их предотвращения, а также – из психогигиенических мероприятий.

Динамика клинических симптомов у подростков с непсихотическими психическими расстройствами во второй и третьей группах исследования представлена в таблицах 6.1.1-6.1.4.

Таблица 6.1.1 - Динамика психопатологических проявлений у обследованных с наличием невротическихрасстройств при субклиническом употреблении пива на фоне применения системы лечебно-коррекционных воздействий (основная группа, n = 23)

Симптомы	Частота встречаемости симптомов (до лечения)	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 1 месяц)	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 3 месяца)	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 12 месяцев)
	%	% /p	% /p	% /p
Медлительность, вялость, снижение энергичности	60,8%	34,7%	26,1%	13,1%
		P=0,1413	P=0,0416*	P=0,0025**
Плохой аппетит	52,1%	21,7%	17,3%	8,6%
		P=0,0591	P=0,0266*	P=0,0031**
Ощущения сдавливания в	56,5%	26,1%	13,1%	13,1%

груди и чувство нехватки воздуха при волнениях		P=0,0702	P=0,0342*	P=0,0051**
Нарушение сна	69,5%	34,7%	26,8%	21,7%
		P=0,0177	P=0,0025**	P=0,0001***
Подавленность и угнетенность	73,9%	34,7%	26,8%	17,3%
		P=0,0105*	0,0007***	P=0,0001***
Прежняя работа дается труднее и требует больших усилий	39,1%	8,7%	4,3%	4,3%
		P=0,0149*	P=0,0035**	P=0,0035**
Рассеянность и невнимательность	65,2%	30,4%	17,3%	13,1%
		P=0,0177*	P=0,0006***	P=0,0001***
Навязчивые воспоминания	43,5%	17,3%	8,7%	4,3%
		P=0,0562	P=0,0064**	P=0,0013**
Ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин и нет	69,5%	34,7%	21,7%	17,4%
		P=0,0177*	P=0,0007***	P=0,0002***
Эмоциональная лабильность, невозможность сдерживать слезы	47,8%	17,3%	8,7%	4,3%
		P=0,0277*	P=0,0034**	P=0,0004***
Мысли, что в жизни мало радости и счастья	39,1%	8,7%	4,3%	4,3%
		P=0,0112*	P=0,0025**	P=0,0025**
Многократное повторение выполненных действий (выключен ли газ, вода, электричество, заперта ли дверь и т.д.)	34,7%	13,1%	4,3%	4,3%
		P=0,0874	P=0,0084**	P=0,0084**
Неприятные ощущения в области сердца	30,4%	8,7%	4,3%	4,3%
		P=0,0653	P=0,0191*	P=0,0191*
Звон в ушах или рябь в глазах	26,1%	8,7%	4,3%	4,3%
		P=0,1423	P=0,0409*	P=0,0409*
Чувствительность и	47,8%	17,3%	8,7%	4,3%

раздражение к яркому свету, громким звукам, резким краскам		P=0,0277*	P=0,0025**	P=0,0004***
Сильная усталость к концу рабочего дня	82,6%	34,8%	30,4%	30,4%
		P=0,0006***	P=0,0001***	P=0,0001***
Головокружение и потемнение в глазах	34,7%	13,1%	8,7%	4,3%
		P=0,1033	P=0,0322*	P=0,0084**
Непроизвольные подергивания век, скул, головы при волнении	47,8%	21,7%	13,1%%	8,7%
		P=0,0655	P=0,0192*	P=0,0473*
Кошмарные сновидения	26,1%	8,7%	4,3%	4,3%
		P=0,1251	P=0,0493*	P=0,0493*
Тревога и беспокойство	69,5%	34,7%	21,7%	21,7%
		P=0,177	P=0,0007***	P=0,0007***
Ком в горле при волнении	34,7%	13,1%	8,7%	8,7%
		P=0,0874	P=0,0322*	P=0,0322*
Ощущение одиночества	47,8%	17,4%	8,7%	4,3%
		P=0,1025	P=0,0016**	P=0,0004***
Потливость при волнениях	43,5%	13,1%	8,7%	4,3%
		P=0,0159*	P=0,0045**	P=0,0008***
После сильного расстройства потеря голоса и отнятия рук и ног	43,5%	17,4%	13,1%	8,7%
		P=0,0694	P=0,0216*	P=0,0064**
Зуд и сыпь при волнениях	39,1%	21,7%	8,7%	4,3%
		P=0,2084	P=0,0149*	P=0,0035**
Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001.				

Действие предложенной нами системы лечебно-коррекционных мероприятий в группе с невротическими расстройствами на фоне субклинического употребления пива (табл. 6.1.1) проявлялось в виде

достоверного (p<0,05) снижения частоты встречаемости через 1 месяц после лечения следующих психопатологических проявлений: подавленности и угнетенности, ухудшения работоспособности, рассеянности и невнимательности, ощущения беспокойства, эмоциональной лабильности и невозможности сдерживать слезы, мыслей, что в жизни мало радости и счастья, гиперестезии к яркому свету, громким звукам, сильной усталости к концу рабочего дня, потливости при волнениях (соответственно, p=0,0105, p=0,0149, p=0,0177, p=0,0177, p=0,0277, p=0,0112, p=0,0277, p=0,0006, p=0,0159). В течение трех месяцев после начала терапии наиболее отчетливые достоверные изменения данных (p<0,05, p<0,01, p<0,001) в сравнении с месячной терапией и до начала лечения регистрировались по следующим показателям эмоционально-аффективного компонента: снижение энергичности, плохой аппетит, ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях, нарушение сна, подавленность и угнетенность, подавленность и угнетенность, прежняя работа дается с трудом и требует больших усилий, рассеянность и невнимательность, навязчивые воспоминания, ощущение какого-то беспокойства, хотя особых причин на это нет, эмоциональная лабильность и не возможность сдерживать слезы, мысли, что в жизни мало радости и счастья, многократное выполнение выполненных действий, неприятные ощущения в области сердца, звон в ушах и рябь в глазах, гиперестезия к громкому звуку, яркому свету, сильная усталость к концу рабочего дня, головокружения и потемнение в глазах, не произвольные подергивания век и скул, кошмарные сновидения, тревога и беспокойство,ком в горле при волнениях, ощущение одиночества, потливость при волнениях, потеря голоса и отнятие рук после расстройства, зуд при волнениях (p=0,0416, p=0,0266, p=0,0342, p=0,0025, p=0,0007, p=0,0035, p=0,0006, p=0,0064, p=0,0007, p=0,0034, p=0,0025, p=0,0084, p=0,0191, p=0,0409, p=0,0025, p=0,0001, p=0,0322, p=0,0192, p=0,0493, p=0,0007, p=0,0322, p=0,0016, p=0,0045, p=0,0216, p=0,0149).

Также сохранялась в данной группе в течение 12 месяцев от начала терапии редукция всех перечисленных выше психопатологических проявлений (p=0,0025, p=0,0031, p=0,0342, p=0,0051, p=0,0001, p=0,0001, p=0,0035, p=0,0001, p=0,0013, p=0,0002, p=0,0004, p=0,0025, p=0,0084, p=0,0191, p=0,0409, p=0,0004, p=0,0001, p=0,0084, p=0,0473, p=0,0493, p=0,0007, p=0,0322, p=0,0004, p=0,0008, p=0,0064, p=0,0035).

Таблица 6.1.2 - Динамика психопатологических проявлений у обследованных с наличием невротических расстройств при субклиническом употреблении пива на фоне применения базовой терапии (контрольная группа, n = 20)

Симптомы	Частота встречаемости симптомов (до лечения) n = 20	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 1 месяц) n = 20	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 3 месяца) n = 20	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 12 месяцев) n = 20
	%	% /p	% /p	% /p
Медлительность, вялость, снижение энергичности	65,2%	40,4%	30,5%	35,1%
		P=0,3129	P=0,1193	P=0,1981
Плохой аппетит	65,1%	30,4%	25,6%	40,3%
		P=0,0702	P=0,0342*	P=0,2140
Ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях	50,3%	35,5%	20,8%	25,2%
		P=0,4225	P=0,0813	P=0,1590
Нарушение сна	70,5%	45,6%	30,3%	40,4%
		P=0,0228*	P=0,0416*	P=0,1413
Подавленность и угнетенность	75,1%	45,2%	37,2%	50,1%
		P=0,1527	P=0,0487*	P=0,2400
Прежняя работа дается труднее и требует больших усилий	60,4%	25,5%	20,5%	35,2%
		P=0,0590	P=0,0266*	P=0,1981

Рассеянность и невнимательность	75,1%	35,4%	25,3%	40,1%
		P=0,0487*	P=0,0103*	P=0,0238*
Навязчивые воспоминания	65,3%	30,6%	25,4%	40,4%
		P=0,0702	P=0,0342*	P=0,2140
Ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин и нет	60,2%	25,5%	20,3%	35,5%
		P=0,0590	P=0,0266*	P=0,1981
Эмоциональная лабильность, не возможность сдерживать слезы	55,6%	30,1%	25,4%	35,6%
		P=0,1798	P=0,0985	P=0,2945
Мысли, что в жизни мало радости и счастья	35,5%	20,8%	15,4%	25,4%
		P=0,33857	P=0,1825	P=0,5392
Многократное повторение выполненных действий (выключен ли газ, вода, электричество, заперта ли дверь и т.д.)	40,3%	20,3%	15,5%	25,2%
		P=0,2178	P=0,1089	P=0,3723
Неприятные ощущения в области сердца	40,3%	20,3%	15,5%	25,2%
		P=0,2178	P=0,1089	P=0,3723
Звон в ушах или рябь в глазах	25,1%	15,4%	10,2%	20,4%
		P=0,4638	P=0,2478	P=0,7284
Чувствительность и раздражение к яркому свету, громким звукам, резким краскам	60,4%	25,6%	20,4%	35,3%
		P=0,0516	P=0,0229*	P=0,1966
Сильная усталость к концу рабочего дня	50,6%	25,6%	20,3%	25,4%
		P=0,1590	P=0,0813	P=0,1590
Головокружение и потемнение в глазах	40,3%	15,6%	10,8%	20,1%
		P=0,1089	P=0,0441*	P=0,0441*
Непроизвольные подергивания век, скул, головы при волнении	25,2%	10,5%	5,8%	10,2%
		P=0,0241*	P=0,0924	P=0,4638
Кошмарные сновидения	30,1%	10,3%	5,1%	5,1%

		P=0,1408	P=0,0493*	P=0,0493*
Тревога и беспокойство	55,8%	25,2%	15,6%	15,6%
		P=0,0985	P=0,0192*	P=0,0192*
Ком в горле при волнении	45,4%	20,6%	10,7%	15,1%
		P=0,1354	P=0,0237*	P=0,0630
Ощущение одиночества	35,3%	20,3%	15,1%	20,2%
		P=0,3385	P=0,1825	P=0,3385
Потливость при волнениях	50,5%	20,6%	15,7%	15,7%
		P=0,0813	P=0,0353*	P=0,0353*
После сильного расстройства потеря голоса и отнятия рук и ног	35,3%	20,2%	15,1%	10,1%
		P=0,3385	P=0,1825	P=0,0798
Зуд и сыпь при волнениях	40,4%	20,3%	15,7%	15,7%
		P=0,2015	P=0,0996	P=0,0996
Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения: * – p<0,05.				

При назначении терапии (базовое лечение) в контрольной группе с невротическими расстройствами на фоне субклинического употребления пива (табл. 6.1.2) достоверные отличия показателей (p<0,05) до терапии и через 1 месяц отмечались по следующим психопатологическим симптомам: нарушения сна, рассеянность и невнимательность, непроизвольные подергивания век, скул, головы при волнении (p=0,0228; p=0,0487, p=0,0241). В течение трех месяцев после начала терапии наиболее отчетливые достоверные изменения данных в сравнении с месячной терапией и до начала лечения регистрировались по следующим симптомам: плохой аппетит, нарушения сна, подавленность и угнетенность, прежняя работа дается с трудом и требует больших усилий, рассеянность и невнимательность, навязчивые воспоминания, ощущение какого то беспокойства, гиперестезия к громкому звуку, яркому свету, головокружение и потемнение в глазах**,** кошмарные сновидения, тревога и беспокойство, ком в горле при волнении,

потливость при волнениях **(**p=0,0238, p=0,0416, p=0,0487, p=0,0266, p=0,0103, p=0,0342, p=0,0266, p=0,0229, p=0,0441, p=0,0493, p=0,0192, p= 0,0237, p= 0,0353;).

В данной группе в течение 12 месяцев от начала терапии достоверно отличающиеся показатели характеризовали рассеянность и невнимательность, головокружение и потемнение в глазах**,** кошмарные сновидения**,** тревогу и беспокойство**,** потливость при волнениях **(**p=0,0238, p=0,0441, p=0,0493, p=0,0192, p=0,0353).

Таблица 6.1.3 - Динамика психопатологических проявлений у обследованных с наличием невротических расстройств при нозологическом употреблении пива на фоне применения системы лечебно-коррекционных воздействий (основная группа, n = 41)

Симптомы	Частота встречаемости симптомов (до лечения) n = 41	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 1 месяц) n = 41	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 3 месяца) n = 41	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 12 месяцев) n = 41
	%	% /p	% /p	% /p
Медлительность, вялость, снижение энергичности	80,2%	51,3%	46,2%	41,4%
		P=0,0004***	P=0,0010**	P=0,0001***
Плохой аппетит	54,5%	29,2%	20,1%	17,2%
		P=0,0249*	P=0,0010**	P=0,0003***
Ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях	63,5%	29,3%	20,1%	17,3%
		P=0,0781	P=0,0148*	P=0,0046**
Нарушение сна	66,1%	49,1%	29.2%	29,2%
		P=0,1210	P=0,0076**	P=0,0076**
Подавленность и угнетенность	71,4%	44,2%	37,6%	29,3%
		P=0,0137*	P=0,0016**	P=0,0076**

Прежняя работа дается труднее и требует больших усилий	68,2%	41,2%	29,1%	24,1%
		P=0,0143*	P=0,0002***	P=0,0001***
Рассеянность и невнимательность	71,4%	44,2%	34,3%	29,3%
		P=0,0137*	P=0,0007***	P=0,0001***
Навязчивые воспоминания	36,3%	22,2%	15,2%	12,1%
		P=0,1489	P=0,0226*	P=0,0097**
Ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин и нет	68,3%	41,5%	32,6%	29,4%
		P=0,0143*	P=0,0007***	P=0,0002***
Эмоциональная лабильность, невозможность сдерживать слезы	68,4%	34,1%	29,5%	29,5%
		P=0,0451*	P=0,0143**	P=0,0143*
Мысли, что в жизни мало радости и счастья	63,4%	41,2%	27,3%	24,4%
		P=0,0472*	P=0,0006***	P=0,0002***
Многократное повторение выполненных действий (выключен ли газ, вода, электричество, заперта ли дверь и т.д.)	39,2%	22,5%	12,3%	12,3%
		P=0,0953	P=0,0049**	P=0,0049**
Неприятные ощущения в области сердца	34,3%	14,5%	12,4%	19,1%
		P=0,0565	P=0,0280*	P=0,1708
Звон в ушах или рябь в глазах	44,1%	19,1%	14,2%	17,1%
		P=0,1408	P=0,0493*	P=0,1408
Чувствительность и раздражение к яркому свету, громким звукам, резким краскам	68,1%	34,3%	27,1%	24,1%
		P=0,1595	P=0,0471*	P=0,1595
Сильная усталость к концу рабочего дня	71,3%	41,6%	34,3%	34,3%
		P=0,0071**	P=0,0007***	P=0,0007***
Головокружение и потемнение в глазах	58,1%	29,2%	19,1%	17,1%
		P=0,0071**	P=0,0005***	P=0,0001***
Непроизвольные подергивания	56,5%	34,1%	27,3%	24,2%

век, скул, головы при волнении		P=0,1016	P=0,0205*	P=0,0110*
Кошмарные сновидения	34,3%	14,1%	12,3%	7,5%
		P=0,0401*	P=0,0182*	P=0,0023**
Тревога и беспокойство	56,1%	22,2%	19,4%	17,1%
		P=0,0012**	P=0,0004***	P=0,0001***
Ком в горле при волнении	41,4%	22,1%	15,3%	12,2%
		P=0,0586	P=0,0064**	P=0,0024**
Ощущение одиночества	46,3%	24,2%	17,1%	17,1%
		P=0,0380*	P=0,0040**	P=0,0040**
Потливость при волнениях	39,5%	17,1%	12,1%	10,3%
		P=0,0269*	P=0,0049**	P=0,0017**
После сильного расстройства потеря голоса и отнятия рук и ног	29,1%	17,4%	10,1%	10,1%
		P=0,3095	P=0,0257*	P=0,0257*
Зуд и сыпь при волнениях	32,2%	20,1%	12,1%	7,3%
		P=0,2106	P=0,0330*	P=0,0049*
Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения: * – p <0,05; ** – p<0,01; p<0,001***				

Анализируя динамику изменений психопатологических симптомов в группе с наличием нозологических невротических расстройств и нозологического употребления пива на фоне применения наших лечебно-коррекционных воздействий, можно сделать следующие выводы: достоверные отличия показателей (p<0,05, p<0,01, p<0,001) до терапии и через 1 месяц отмечались по следующим психопатологическим симптомам: медлительность и снижение энергичности, плохой аппетит, подавленность и угнетенность, прежняя работа давалась труднее и требовала больших усилий, рассеянность и невнимательность, ощущение какого-то беспокойства, эмоциональная лабильность, не возможность сдерживать слезы, мысли, что в жизни мало радости и счастья, сильная усталость к концу рабочего дня, головокружение и потемнение в глазах, кошмарные сновидения, тревога и беспокойство,

ощущения одиночества, потливость при волнениях (p=0,0004, p=0,0249, p=0,0137, p=0,0143, p=0,0137, p=0,0143, p=0,0451, p=0,0472, p=0,0071, p=0,0071, p=0,0401, p=0,0012, p=0,0380, p=0,0269). По истечении трех месяцев после начала терапии наиболее отчетливые достоверные изменения данных (p<0,05, p<0,01, p<0,001) в сравнении с месячной терапией и до начала лечения представлены практически по всем психопатологическим симптомам, описанным в таблице 6.1.3, таких как: медлительность, вялость, снижение энергичности, плохой аппетит, ощущения сдавливания в груди при волнениях, нарушения сна, подавленность и угнетенность, прежняя работа давалась труднее и требовала больших усилий, рассеянность и невнимательность, навязчивые воспоминания, беспричинное ощущение беспокойства, эмоциональная лабильность, не возможность сдерживать слезы, мысли, что в жизни мало радости и счастья, многократное выполнение выполненных действий, неприятные ощущения в области сердца, звон в ушах, гиперестезия к яркому свету, громким звукам, сильная усталость к концу рабочего дня, головокружение и потемнение в глазах, не произвольные подергивания век, скул, головы при волнениях, тревога и беспокойство, ком в горле при волнениях, ощущение одиночества, потливость при волнениях, потеря голоса и отнятие рук и ног после сильного стресса, зуд и сыпь при волнениях (p=0,0010, p=0,0010, p=0,0148, p=0,0076, p=0,0016, p=0,0002, p=0,0007, p=0,0226, p=0,0007, p=0,0143, p=0,0006, p=0,0049, p=0,0280, p=0,0493, p=0,0471, p=0,0007 p=0,0005, p=0,0205, p=0,0182, p=0,0004, p=0,0064, p=0,0040, p=0,0049, p=0,0257, p=0,0330). По истечении 12 месяцев от начала терапии в сравнении с частотой встречаемости до лечения сохранялись достоверно отличительные показатели (p<0,05, p<0,01, p<0,001) по следующим психическим симптомам: медлительность, вялость, снижение энергичности, плохой аппетит, ощущения сдавливания в груди при волнениях, нарушения сна, подавленность и угнетенность, прежняя работа давалась труднее и требовала больших усилий, рассеянность и невнимательность,

навязчивые воспоминания, беспричинное ощущение беспокойства, эмоциональная лабильность, не возможность сдерживать слезы, мысли, что в жизни мало радости и счастья, многократное выполнение выполненных действий, сильная усталость к концу рабочего дня, головокружение и потемнение в глазах, не произвольные подергивания век, скул, головы при волнениях, тревога и беспокойство, ком в горле при волнениях, ощущение одиночества, потливость при волнениях, потеря голоса и отнятие рук и ног после сильного стресса, зуд и сыпь при волнениях **(**p=0,0001, p=0,0003, p=0,0046, p=0,0076, p=0,0076, p=0,0001, p=0,0001, p=0,0097, p=0,0002, p=0,0143, p=0,0002, p=0,0049, p=0,0007, p=0,0001, p=0,0110, p=0,0023, p=0,0001, p=0,0024, p=0,0040, p=0,0017, p=0,0257, p=0,0049).

Таблица 6.1.4 - Динамика психопатологических проявлений у обследованных с наличием невротических расстройств при нозологическом употреблении пива на фоне применения базовой терапии (контрольная группа, n = 40)

Симптомы	Частота встречаемости симптомов (до лечения) n = 40	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 1 месяц) n = 40	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 3 месяца) n = 40	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 12 месяцев) n = 40
	%	% /p	% /p	% /p
Медлительность, вялость, снижение энергичности	73,1%	53,6%	48,2%	45,1%
		P=0,0660	P=0,0223*	P=0,0121*
Плохой аппетит	33,3%	18,4%	15,2%	18,1%
		P=0,1244	P=0,0672	P=0,1244
Ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях	25,3%	18,2%	10,1%	13,4%
		P=0,4186	P=0,0792	P=0,1555

Нарушение сна	35,3%	18,1%	15,1%	13,2%
		P=0,0769	P=0,0393*	P=0,0178*
Подавленность и угнетенность	38,4%	23,5%	18,5%	20,5%
		P=0,1468	P=0,0458*	P=0,0857
Прежняя работа дается труднее и требует больших усилий	30,3%	13,4%	10,4%	10,4%
		P=0,0567	P=0,0253*	P=0,0253*
Рассеянность и невнимательность	65,4%	40,1%	33,2%	30,3%
		P=0,0251*	P=0,0032**	P=0,0014**
Навязчивые воспоминания	28,3%	15,2%	13,2%	15,1%
		P=0,0672	P=0,0323*	P=0,0672
Ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин и нет	53,4%	35,1%	23,1%	20,4%
		P=0,1175	P=0,0051**	P=0,0021*
Эмоциональная лабильность, не возможность сдерживать слезы	40,2%	23,2%	18,1%	18,1%
		P=0,0935	P=0,0261*	P=0,0261*
Мысли, что в жизни мало радости и счастья	33,2%	18,3%	13,2%	13,2%
		P=0,1244	P=0,0323*	P=0,0323*
Многократное повторение выполненных действий (выключен ли газ, вода, электричество, заперта ли дверь и т.д.)	25,4%	15,5%	13,4%	10,5%
		P=0,2692	P=0,1559	P=0,0792
Неприятные ощущения в области сердца	20,6%	10,1%	8,4%	8,4%
		P=0,2154	P=0,1071	P=0,1071
Звон в ушах или рябь в глазах	45,6%	20,3%	13,3%	10,4%
		P=0,0167*	P=0,0010*	P=0,0003**
Чувствительность и раздражение к яркому свету, громким звукам, резким краскам	30,4%	13,3%	10,1%	10,1%
		P=0,0567	P=0,0253*	P=0,0253*
Сильная усталость к концу	60,1%	25,4%	20,1%	20,1%

рабочего дня		P=0,0012**	P=0,0001***	P=0,0001***
Головокружение и потемнение в глазах	35,5%	15,2%	13,2%	13,2%
		P=0,0393*	P=0,0178*	P=0,0178*
Не произвольные подергивания век, скул, головы при волнении	30,4%	13,3%	10,1%	8,2%
		P=0,0567	P=0,0253*	P=0,0095**
Кошмарные сновидения	28,1%	10,2%	8,1%	8,1%
		P=0,0567	P=0,0243*	P=0,0243*
Тревога и беспокойство	45,3%	23,3%	13,6%	13,6%
		P=0,0355*	P=0,0010**	P=0,0010**
Ком в горле при волнении	30,3%	10,4%	5,1%	8,1%
		P=0,0878	P=0,0131*	P=0,0055**
Ощущение одиночества	18,1%	10,2%	8,3%	10,1%
		P=0,3362	P=0,1806	P=0,3362
Потливость при волнениях	25,2%	10,1%	8,2%	8,2%
		P=0,0792	P=0,0341*	P=0,0341*
После сильного расстройства потеря голоса и отнятия рук и ног	18,1%	10,2%	8,3%	5,1%
		P=0,3362	P=0,1806	P=0,0786
Зуд и сыпь при волнениях	20,2%	10,3%	8,1%	8,1%
		P=0,2154	P=0,1071	P=0,1071
Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения: * – p <0,05; ** – p<0,01; p<0,001***				

Согласно данным таблицы 6.1.4, достоверные отличия отмечены по уменьшению проявления психических симптомов в группе с наличием нозологических невротических расстройств с нозологическим употреблением пива на фоне применения базовой лечебной терапии отмечены с достоверными отличиями по следующим симптомам: до лечения и через 1 месяц после терапии (p<0,05, p<0,01) – рассеянность и невнимательность, звон в ушах и рябь в глазах, сильная усталость к концу рабочего дня, тревога и беспокойство **(**p=0,0251, p=0,0167, p=0,0012, p=0,0355); до лечения и через 3 месяца терапии

(p<0,05, p<0,01, p<0,01) – медлительность, вялость, снижение энергичности, нарушение сна, подавленность и угнетенность, прежняя работа дается труднее и требует больших усилий, рассеянность и невнимательность, навязчивые воспоминания, ощущения беспокойства, мысли о том, что в жизни мало радости и счастья, звон в ушах, гиперестезия к яркому свету, сильная усталость, головокружения, непроизвольные подергивания, кошмары, тревога и беспокойство, ком в горле, потливость при волнениях**(**p=0,0223, p=0,0393, p=0,0458, p=0,0253, p=0,0032, p=0,0323, p=0,0051, p=0,0261, p=0,0323, p=0,0010, p=0,0253, p=0,0001, p=0,0178, p=0,0253, p=0,0243, p=0,0010, p=0,0131, p=0,0341); и через 12 месяцев терапии (p<0,05, p<0,01, p<0,01) – достоверные отличия выражены по тем же симптомам, указанным выше(через 3 месяца лечения).

Данные по нивелированию психических симптомов в структуре клинической картины наиболее распространенного среди обследованных невротического расстройства неврастении (F48. 0) на фоне базовой терапии и предложенной нами системы лечебно-коррекционных воздействий при непсихотических психических расстройствах и разных формах употребления пива представлены в таблице 6.1.5-6.1.8.

Таблица 6.1.5 - Динамика изменения психических нарушений при неврастении в группе с субклиническим м употреблением пива на фоне применения системы лечебно-коррекционных воздействий (основная группа, n = 23)

Симптомы	Частота встречаемости симптомов (до лечения) n = 23	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 1 месяц) n = 23	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 3 месяца) n = 23	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 12 месяцев) n = 23
	%	% /p	% /p	% /p
Повышенная психическая	48,3%	17,2%	13,1%	9,2%

утомляемость		P=0,0277*	P=0,0096**	P=0,0025**
Повышенная физическая утомляемость	48,3%	13,3%	9,2%	17,2%
		P=0,0125*	P=0,0025**	P=0,0277*
Ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях	35,4%	13,1%	9,3%	4,2%
		P=0,0874	P=0,0322*	P=0,0104*
Нарушение сна	43,5%	13,2%	9,3%	9,3%
		P=0,0216*	P=0,0083**	P=0,0083**
Раздражительность	43,5%	13,2%	8,3%	4,2%
		P=0,0216*	P=0,0064**	P=0,0013**
Рассеянность и невнимательность	48,3%	22,4%	13,1%	9,2%
		P=0,0655	P=0,0096**	P=0,0025**
Навязчивые воспоминания	27,5%	9,5%	4,4%	4,4%
		P=0,1251	P=0,0409*	P=0,0409*
Головная боль и головокружения	39,6%	17,3%	13,4%	9,1%
		P=0,1060	P=0,0449**	P=0,0149**
Эмоциональная лабильность, невозможность сдерживать слезы	48,3%	22,4%	17,5%	13,1%
		P=0,0655	P=0,0277*	P=0,0096**
Повышенная потливость	35,6%	17,4%	13,6%	9,1%
		P=0,1870	P=0,0874	P=0,0322*
Звон в ушах или рябь в глазах	27,2%	13,3%	4,2%	4,2%
		P=0,2749	P=0,0409*	P=0,0409*
Чувствительность и раздражение к яркому свету, громким звукам, резким краскам	30,4%	13,6%	9,4%	4,3%
		P=0,1596	P=0,0653	P=0,0229*
Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения: * – p <0,05; ** – p<0,01				

В динамике изменений психических нарушений при неврастении у обследуемого контингента в группе с субклиническим употреблением пива на фоне применения нашей системы лечебно-коррекционных воздействий

достоверные отличия по нивелированию симптомов неврастении в сравнении с началом лечения и через месяц ($p<0,05$) в группе представлена по следующим симптомам: - повышенная психическая утомляемость, повышенная физическая утомляемость, нарушения сна, раздражительность ($p=0,0277$, $p=0,0125$, $p=0,0216$, $p=0,0216$); до лечения и через 3 месяца лечения ($p<0,05$, $p<0,01$) – повышенная психическая утомляемость, повышенная физическая утомляемость, ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях, нарушения сна, раздражительность, рассеянность и невнимательность, навязчивые воспоминания, головная боль и головокружение, эмоциональная лабильность, звон в ушах($p=0,0096$, $p=0,0025$, $p=0,0322$, $p=0,0083$, $p=0,0064$, $p=0,0096$, $p=0,0409$, $p=0,0449$, $p=0,0277$, $p=0,0409$); до лечения и через 12 месяцев после лечения ($p<0,05$, $p<0,01$) достоверные отличия выражены по всем предыдущим симптомам, описанных выше, а также дополнительно –потливость и гиперестезия к громким звукам и яркому свету ($p=0,0322$, $p=0,0229$).

Таблица 6.1.6 - Динамика изменения психических нарушений при неврастении в группе обследуемых с субклиническим употреблением пива на фоне применения базовой терапии (контрольная группа, n = 20)

Симптомы	Частота встречаемости симптомов (до лечения) n = 20	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 1 месяц) n = 20	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 3 месяца) n = 20	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 12 месяцев) n = 20
	%	% /p	% /p	% /p
Повышенная психическая утомляемость	50,1%	20,4%	15,3%	10,1%
		P=0,0484	P=0,0175*	P=0,0030**

Повышенная физическая утомляемость	45,4%	25,3%	20,6%	15,2%
		P=0,3236	P=0,1761	P=0,0801
Ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях	35,7%	15,4%	10,1%	10,1%
		P=0,2541	P=0,0605	P=0,0605
Нарушение сна	45,4%	15,1%	10,2%	10,2%
		P=0,0959	P=0,0392*	P=0,0392*
Раздражительность	50,1%	25,4%	15,3%	15,3%
		P=0,1076	P=0,0175*	P=0,0175*
Рассеянность и невнимательность	40,5%	20,6%	10,4%	5,2%
		P=0,1761	P=0,0801	P=0,0285*
Навязчивые воспоминания	25,5%	15,6%	15,6%	10,4%
		P=0,4421	P=0,4421	P=0,0880
Головная боль и головокружения	35,7%	15,4%	10,1%	5,3%
		P=0,2541	P=0,0605	P=0,0609
Эмоциональная лабильность, невозможность сдерживать слезы	45,2%	20,3%	10,4%	15,1%
		P=0,1188	P=0,0123*	P=0,0392*
Повышенная потливость	40,1%	10,4%	5,2%	5,2%
		P=0,0285	P=0,0071**	P=0,0071**
Звон в ушах или рябь в глазах	30,6%	10,5%	5,4%	5,4%
		P=0,2221	P=0,0800	P=0,0800
Чувствительность и раздражение к яркому свету, громким звукам, резким краскам	40,1%	10,4%	5,2%	5,2%
		P=0,0285	P=0,0071**	P=0,0071**
Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения: * – p <0,05; ** – p<0,01				

При лечении базовой терапией симптомов неврастении в группе обследуемых с субклиническим употреблением пива до лечения и через месяц достоверных отличий в динамике уменьшения данных симптомов не наблюдалось. До начала лечения и в продолжительности через 3 месяца достоверные отличия (p<0,05, p<0,01) наблюдались по следующим симптомам:

повышенная психическая утомляемость ,нарушения сна, раздражительность, эмоциональная лабильность, повышенная потливость, гиперестезия к яркому свету и громким звукам(p=0,0175, p=0,0392, p=0,0175, p=0,0123, p=0,0071, p=0,0071). По истечении 12 месяцев после лечения от начала лечения достоверные отличия (p<0,05, p<0,01) наблюдались по тем же вышеуказанным симптомам.

Таблица 6.1.7 - Динамика изменения симптомов неврастении в группе с наличием невротических расстройств с нозологическим употреблением пива на фоне применения системы лечебно-коррекционных воздействий

(основная группа, n = 41)

Симптомы	Частота встречаемости симптомов (до лечения) n = 41	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 1 месяц) n = 41	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 3 месяца) n = 41	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 12 месяцев) n = 41
	%	% /p	% /p	% /p
Повышенная психическая утомляемость	51,5%	24,6%	17,2%	17,2%
		P=0,0118	P=0,0008***	P=0,0008***
Повышенная физическая утомляемость	51,3%	29,4%	19,3%	17,1%
		P=0,0716	P=0,0047**	P=0,0019**
Ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях	32,7%	19,1%	12,2%	10,3%
		P=0,2106	P=0,0330*	P=0,0138*
Нарушение сна	44,4%	24,3%	15,4%	7,3%
		P=0,0636	P=0,0032**	P=0,0001***
Раздражительность	49,6%	27,6%	17,3%	12,2%
		P=0,0496*	P=0,0019**	P=0,0002***

Рассеянность и невнимательность	44,4%	24,3%	12,1%	12,1%
		P=0,0636	P=0,0003***	P=0,0003***
Навязчивые воспоминания	29,6%	17,2%	10,5%	7,4%
		P=0,2163	P=0,0257*	P=0,0097**
Головная боль и головокружения	44,4%	24,3%	12,1%	12,1%
		P=0,0636	P=0,0003***	P=0,0003***
Эмоциональная лабильность, невозможность сдерживать слезы	44,4%	24,3%	15,2%	7,1%
		P=0,0636	P=0,0032**	P=0,0001***
Повышенная потливость	24,6%	12,5%	5,5%	5,5%
		P=0,1570	0,0120*	P=0,0120*
Звон в ушах или рябь в глазах	27,1%	12,4%	7,5%	5,4%
		P=0,1079	P=0,0186*	P=0,0060**
Чувствительность и раздражение к яркому свету, громким звукам, резким краскам	49,6%	27,6%	17,3%	12,2%
		P=0,0496*	P=0,0019**	P=0,0002***
Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения: * – p <0,05; ** – p<0,01, *** - p<0,001.				

В группе с нозологическим употреблением пива симптомы при неврастении после применения разработанной нами системы лечебно-коррекционных воздействий наблюдалась следующая достоверная динамика отличий в сравнении с началом лечения по следующим показателям: через месяц лечения (p<0,05) – раздражительность, гиперестезия к яркому свету и громким звукам(p=0,0496, p=0,0496), через 3 месяца лечения(p<0,05, p <0,01, p<0,001) достоверные отличия представлены по всем симптомам, описанным в таблице 6.1.7 – повышенная психическая утомляемость, повышенная физическая утомляемость, ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях ,нарушения сна, раздражительность, рассеянность и невнимательность, навязчивые воспоминания, головная боль и головокружения, эмоциональная лабильность, повышенная потливость, звон в

ушах, гиперестезия к яркому свету (p=0,0008, p=0,0047, p=0,0330, p=0,0032, p=0,0019,p=0,0003, p=0,0257, p=0,0003, p=0,0032, p=0,0120, p=0,0186, p=0,0019). Через 12 месяцев после лечения наблюдались наиболее высокие достоверные отличия нивелирования по всем тем же симптомам, описанных через 3 месяца лечения (p=0,0008, p=0,0019, p=0,0330, p=0,0138, p=0,0001,p=0,0002, p=0,0097, p=0,0003, p=0,0001, p=0,0120, p=0,0060, p=0,0002).

Таблица 6.1.8 - Динамика изменения симптомов неврастении в группе с наличием невротических расстройств с нозологическим употреблением пива на фоне применения базового лечения (контрольная группа, n = 40)

Симптомы	Частота встречаемости симптомов (до лечения) n = 40	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 1 месяц) n = 40	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 3 месяца) n = 40	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 12 месяцев) n = 40
	%	% /p	% /p	% /p
Повышенная психическая утомляемость	50,4%	30,5%	23,3%	30,1%
		P=0,0836	P=0,0101*	P=0,0836
Повышенная физическая утомляемость	50,2%	33,5%	28,2%	28,2%
		P=0,1147	P=0,0393*	P=0,0393*
Ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях	32,3%	17,4%	12,2%	12,2%
		P=0,1244	P=0,0323*	P=0,0323*
Нарушение сна	50,2%	30,3%	25.4%	27,4%
		P=0,0693	P=0,0207*	P=0,0393*
Раздражительность	42,6%	25,2%	22,5%	20,1%
		P=0,1003	P=0,0572	P=0,0300*
Рассеянность и невнимательность	50,5%	25,5%	20,1%	20,1%
		P=0,0207*	P=0,0044**	P=0,0044**
Навязчивые воспоминания	30,6%	15,4%	12,1%	15,4%
		P=0,1109	P=0,0567	P=0,1109

Головная боль и головокружения	37,4%	22,2%	17,1%	20,4%
		P=0,1468	P=0,0458*	P=0,0857
Эмоциональная лабильность, невозможность сдерживать слезы	50,4%	30,5%	23,3%	23,3%
		P=0,0836	P=0,0101*	P=0,0101*
Повышенная потливость	30,6%	15,4%	12,1%	10,4%
		P=0,1109	0,0567	P=0,0253*
Звон в ушах или рябь в глазах	30,4%	15,3%	12,4%	10,1%
		P=0,0971	P=0,0559	P=0,0215*
Чувствительность и раздражение к яркому свету, громким звукам, резким краскам	50,4%	30,5%	23,3%	23,3%
		P=0,0836	P=0,0101*	P=0,0101*

Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения: * – p <0,05; ** – p<0,01

Анализируя изменения психопатологических расстройств в контрольной группе с наличием психических расстройств с нозологическим употреблением пива на фоне применения базовой терапии следующие выводы: через месяц от начала лечения достоверные отличия (p<0,05) наблюдались только по симптому рассеянность и невнимательность (p=0,0207), через 3 месяца от начала лечения (p<0,05, p<0,01) наблюдались отличительные различия по динамике уменьшения следующих симптомов -повышенная психическая утомляемость, повышенная физическая утомляемость, ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях, нарушения сна, рассеянность и невнимательность, головная боль и головокружения, эмоциональная лабильность, гиперестезия к яркому свету (p=0,0101, p=0,0393, p=0,0323, p=0,0207, p=0,0044,p=0,0458, p=0,0101, p=0,0101). Через 12 месяцев от начала лечения сохранялись достоверные отличия по симптомам повышенная физическая утомляемость, ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях, нарушения сна, рассеянность и

невнимательность, эмоциональная лабильность, звон в ушах, повышенная потливость и гиперестезия к яркому свету(p=0,0101, p=0,0323, p=0,0393, p=0,0300,p=0,0044, p=0,0101, p=0,0253, p=0,0215, p=0,0101).

Изучение динамики показателей симптоматики при расстройствах адаптации F43.2 (шифр по МКБ-10 – F43.2) у обследованных учащихся техникума, училищ и лицея в группе с невротическими расстройствами при субклиническом употреблении пива и в группе с непсихотическими психическими расстройствами с нозологическими употреблением пива на фоне разного вида лечения (базовое лечение на основе имеющихся клинических протоколов оказания медицинской помощи и предложенной нами системы лечебно-коррекционных воздействий) у этих пациентов имела существенные различия.

Динамика различий психических симптомов при расстройствах адаптации в разных группах представлена в таблицах 6.1.9-6.1.12.

Таблица 6.1.9 - Динамика изменения психических нарушений при расстройствах адаптации в группе с субклиническим употреблением пива на фоне применения системы лечебно-коррекционных воздействий (основная группа, n = 23)

Симптомы	Частота встречаемости симптомов (до лечения) n = 23	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 1 месяц) n = 23	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 3 месяца) n = 23	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 12 месяцев) n = 23
	%	% /p	% /p	% /p
Неустойчивость настроения	52,6%	17,3%	13,4%	9,1%
		P=0,0125*	P=0,0039**	P=0,0009***
Снижение концентрации внимания	52,4%	27,3%	17,2%	13,3%
		P=0,0921	P=0,0125*	P=0,0024**
Раздражительность	48,6%	17,4%	13,5%	9,1%

		P=0,0354*	P=0,0056**	P=0,0025**
Эмоциональное напряжение	43,1%	13,3%	9,1%	9,1%
		P=0,0430*	P=0,0045**	P=0,0045**
Нарушение сна	43,3%	13,1%	9,1%	4,2%
		P=0,0216*	P=0,0064**	P=0,0013**
Сердцебиение	26,5%	9,4%	4,2%	4,2%
		P=0,1251	P=0,0409*	P=0,0409*
Снижение аппетита	39,4%	17,5%	13,2%	9,1%
		P=0,1060	P=0,0548	P=0,0149*
Потливость	48,2%	22,4%	17,3%	13,2%
		P=0,0819	P=0,0277*	P=0,0096**
Тремор в теле	34,5%	15,2%	10,1%	7,1%
		P=0,0401*	P=0,0072**	P=0,0023**
Страх одиночества	27,3%	12,5%	7,2%	5,1%
		P=0,870	P=0,0874	P=0,0322*
Тревога	52,6%	22,2%	17,3%	9,1%
		P=0,0328*	P=0,0125*	P=0,0009***
Пессимистическое видение будущего	47,5%	21,3%	17,4%	13,1%
		P=0,0490*	P=0,0199*	P=0,0066**

Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения: * – p <0,05; ** – p<0,01, ** *– p<0,001

В динамике изменений психических нарушений при расстройствах адаптации у обследуемого контингента в группе с субклиническим употреблением пива на фоне применения нашей системы лечебно-коррекционных воздействий достоверные отличия по нивелированию симптомов неврастении в сравнении с началом лечения и через месяц (p<0,05) в группе представлена по следующим симптомам: неустойчивость настроения, раздражительность, эмоциональное напряжение, нарушение сна, тремор в теле, тревога, пессимистическое видение будущего(p=0,0125, p=0,0354, p=0,0430, p=0,0216, p=0,0216 p=0,0401, p=0,0328); до лечения и через 3 месяца лечения (p<0,05, p<0,01) – неустойчивость настроения, снижение концентрации внимания, раздражительность, эмоциональное напряжение, нарушение сна, сердцебиение, потливость,тремор в теле, тревога, пессимистическое видение будущего (p=0,0039, p=0,0125, p=0,0056, p=0,0045, p=0,0064, p=0,0409,

p=0,0277, p=0,0072, p=0,0125, p=0,0199); до лечения и через 12 месяцев после лечения(p<0,05, p<0,01, p<0,001) достоверные отличия выражены по всем предыдущим симптомам, описанных выше (p=0,0009, p=0,0024, p=0,0025, p=0,0045, p=0,0013, p=0,0409, p=0,0096, p=0,0023, p=0,0009, p=0,0066) а также дополнительно – страх одиночества и снижение аппетита (p=0,0322, p=0,0149).

Таблица 6.1.10 - Динамика изменения психических нарушений при расстройствах адаптации в группе с субклиническим употреблением пива на фоне применения базовой терапии (контрольная группа, n = 20)

Симптомы	Частота встречаемости симптомов (до лечения) n = 20	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 1 месяц) n = 20	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 3 месяца) n = 20	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 12 месяцев) n = 20
	%	% /p	% /p	% /p
Неустойчивость настроения	45,5%	20,3%	15,4%	10,1%
		P=0,0959	P=0,0392*	P=0,0123*
Снижение концентрации внимания	40,4%	25.5%	20,1%	20,1%
		P=0,3236	P=0,1761	P=0,1761
Раздражительность	45,2%	30,1%	20,4%	15,3%
		P=0,3398	P=0,0959	P=0,0392*
Эмоциональное напряжение	45,5%	25,3%	20,4%	20,4%
		P=0,1941	P=0,0959	P=0,0959
Нарушение сна	45,5%	25,3%	15,4%	15,4%
		P=0,1941	P=0,0392*	P=0,0392*
Сердцебиение	30,6%	15,1%	10,2%	5,3%
		P=0,2674	P=0,1197	P=0,0381*
Снижение аппетита	40,1%	20,5%	15,4%	5,3%
		P=0,1761	P=0,0801	P=0,0978
Потливость	40,5%	15,4%	10,1%	5,2%
		P=0,0978	P=0,0285*	P=0,0071*
Тремор в теле	30,4%	10,5%	5,1%	5,1%

		P=0,1197	P=0,0381*	P=0,0381*
Страх одиночества	35,3%	15,4%	10,2%	10,2%
		P=0,1247	P=0,0481*	P=0,0481*
Тревога	45,5%	20,2%	15,1%	15,1%
		P=0,0959	P=0,0392*	P=0,0392*
Пессимистическое видение будущего	40,2%	25,3%	20,2%	15,4%
		P=0,3236	P=0,1761	P=0,0801
Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения: * – p <0,05; ** – p<0,01				

При базовом лечении при расстройствах адаптации в группе с субклиническим употреблением пива изменения динамики всех психических симптомов с достоверными отличиями после 1 месяца терапии не наблюдалось. Через 3 месяца базовой терапии достоверные изменения (p<0,05) при данной нозологии наблюдались по следующим симптомам: неустойчивость настроения, нарушения сна, потливость, тремор в теле, страх одиночества, тревога(p=0,0392, p=0,0392, p=0,0285, p=0,0381, p=0,0481, p=0,0392).

Таблица 6.1.11 - Динамика изменения психических нарушений при расстройствах адаптации в группе с нозологическим употреблением пива на фоне применения системы лечебно-коррекционных воздействий (основная группа, n = 41)

Симптомы	Частота встречаемости симптомов (до лечения) n = 41	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 1 месяц) n = 41	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 3 месяца) n = 41	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 12 месяцев) n = 41
	%	% /p	% /p	% /p
Неустойчивость настроения	59,5%	37,4%	24,1%	24,1%
		P=0,0472*	P=0,0014**	P=0,0014**
Снижение концентрации внимания	49,2%	29,5%	20,3%	17,1%
		P=0,0716	P=0,0047*	P=0,0019**

Раздражительность	49,3%	24,4%	17,3%	12,2%
		P=0,0217*	P=0,0019**	P=0,0002***
Эмоциональное напряжение	44,6%	24,2%	15,1%	15,1%
		P=0,0636	P=0,0032**	P=0,0032**
Нарушение сна	54,5%	32,3%	20,3%	17,1%
		P=0,0451*	P=0,0010**	P=0,0003***
Сердцебиение	41,4%	24,6%	14,1%	10,2%
		P=0,1189	P=0,0064**	P=0,0007***
Снижение аппетита	44,1%	24,4%	14,1%	10,2%
		P=0,0636	P=0,0032**	P=0,0003***
Потливость	44,3%	27,5%	22,2%	12,3%
		P=0,1085	P=0,0347*	P=0,0011**
Тремор в теле	35,4%	17,4%	13,2%	9,1%
		P=0,1870	P=0,0874	P=0,0322*
Страх одиночества	35,4%	17,4%	13,2%	9,1%
		P=0,1870	P=0,0874	P=0,0322*
Тревога	51,5%	32,6%	22,3%	15,1%
		P=0,0745	P=0,0055**	P=0,0003***
Пессимистическое видение будущего	44,1%	24,4%	14,1%	10,2%
		P=0,0636	P=0,0032**	P=0,0003***
Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения: * – p <0,05; ** – p<0,01,** * – p<0,001				

Анализируя данные таблицы 6.1.11 об изменении психических нарушений при расстройствах адаптации в группе с нозологическим употреблением пива на фоне применения системы лечебно –коррекционных воздействий можно сделать следующие выводы: после 1 месячной терапии отмечены достоверные отличия (p<0,05) по таким симптомам, как: неустойчивость настроения, раздражительность, нарушения сна (p=0,0472, p=0,0217, p=0,0451). Через 3 месяца лечения, в сравнении до лечения достоверные изменения (p<0,05, p<0,01) наблюдались по следующим симптомам расстройства адаптации: неустойчивость настроения, снижение концентрации внимания, раздражительность, эмоциональное напряжение, нарушения сна, сердцебиение, снижение аппетита, потливость, тревога, пессимистическое видение будущего (p=0,0014, p=0,0047, p=0,0019, p=0,0032, p=0,0010, p=0,0064, p=0,0032, p=0,0347, p=0,0055, p=0,0032). Через 12 месяцев

от начала терапии сохранялись достоверные отличия($p<0,05$, $p<0,01$, $p<0,001$) по всем симптомам, описанным после 3 месячной терапии, и дополнительно по симптомам: тремор в теле, страх одиночества ($p=0,0014$, $p=0,0019$, $p=0,0002$, $p=0,0032$, $p=0,0003$, $p=0,0007$, $p=0,0003$, $p=0,0011$, $p=0,0322$, $p=0,0322$, $p=0,0003$, $p=0,0003$).

Таблица 6.1.12 - Динамика изменения психических нарушений при расстройствах адаптации в группе с нозологическим употреблением пива на фоне применения базовой терапии (контрольная группа, n = 40)

Симптомы	Частота встречаемости симптомов (до лечения) n = 40	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 1 месяц) n = 40	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 3 месяца) n = 40	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 12 месяцев) n = 40
	%	% /p	% /p	% /p
Неустойчивость настроения	43,6%	25,5%	18,2%	20,1%
		P=0,1003	P=0,0143*	P=0,0300*
Снижение концентрации внимания	50,3%	33,3%	28,4%	25,3%
		P=0,1147	P=0,0393*	P=0,0101*
Раздражительность	45,2%	25,5%	20,4%	23,2%
		P=0,0619	P=0,0167*	P=0,0357*
Эмоциональное напряжение	58,1%	35,4%	30,5%	28,3%
		P=0,0441*	P=0,0128*	P=0,0062**
Нарушение сна	53,4%	35,1%	23,4%	25,3%
		P=0,1175	P=0,0111*	P=0,0223*
Сердцебиение	30,3%	15,4%	13,3%	15,4%
		P=0,1109	P=0,0567	P=0,1109
Снижение аппетита	50,5%	30,3%	23,3%	20,1%
		P=0,0693	P=0,0101*	P=0,0044**
Потливость	50,5%	30,3%	25,3%	23,2%
		P=0,0693	P=0,0207*	P=0,0101*
Тремор в теле	40,4%	23,5%	18,4%	15,2%
		P=0,0935	P=0,0261*	P=0,0119*

Страх одиночества	38,5%	23,6%	20,3%	20,3%
		P=0,1261	P=0,0857	P=0,0857
Тревога	50,1%	30,4%	28,3%	25,4%
		P=0,0693	P=0,0393*	P=0,0207*
Пессимистическое видение будущего	50,3%	33,3%	23,5%	25,1%
		P=0,1147	P=0,0207*	P=0,0393*
Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения: * – p <0,05; ** – p<0,01				

При базовом лечении расстройств адаптации в контрольной группе с нозологическим употреблением пива через 1 месяц лечения отмечены достоверные отличия (p<0,05) только по симптому эмоциональное напряжение (p=0,0441). Через 3 месяца от начала лечения отличия изменения показателей (p<0,05) наблюдались по следующим симптомам: неустойчивость настроения, снижение концентрации внимания, раздражительность, эмоциональное напряжение, нарушение сна, снижение аппетита, потливость, тремор в теле, тривога, пессимистическое видение будущего (p=0,0143, p=0,09, p=0,0393, p=0,0167, p=0,0003, p=0,0007, p=0,0003, p=0,0011, p=0,0322, p=0,0322, p=0,0003, p=0,0003). После 12 месяцев от начала лечения сохранялась положительная динамика по всем симптомам, перечисленных выше с достоверными отличиями (p<0,05, (p<0,01).

Анализ динамики клинических симптомов при тревожно-фобических расстройствах (шифр F40-F42 по МКБ-10) у учащихся техникума, училищ и лицея в двух группах исследования с субклиническими и нозологическими формами употребления пива, которые внутри групп разделены на основную и контрольную, на фоне базового лечения и предложенной нами системы лечебно –коррекционных воздействий представлен в таблице 6.1.13-6.1.16.

Таблица 6.1.13 - Динамика психических нарушений при тревожно-фобических расстройствах в группе с субклиническим употреблением пива на фоне применения системы лечебно-коррекционных воздействий (основная группа, n = 23)

Симптомы	Частота встречаемости симптомов (до лечения) n = 23	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 1 месяц) n = 23	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 3 месяца) n = 23	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 12 месяцев) n = 23
	%	% /p	% /p	% /p
Ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах	30,4%	13,5%	18,1%	4,2%
		P=0,1596	P=0,0191*	P=0,0191*
Навязчивые воспоминания	39,5%	9,3%	4,2%	4,2%
		P=0,0149	P=0,0035**	P=0,0035**
Ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин и нет	43,5%	13,5%	9,1%	4,2%
		P=0,0216	P=0,0064**	P=0,0013**
Страх заболеть тяжелым заболеванием (рак, инфаркт, психическое заболевание и т.д.)	43,5%	13,5%	9,1%	9,1%
		P=0,0216*	P=0,0064**	P=0,0064**
Многократно выполняемые действия: выключен ли газ, вода, электричество, заперта ли дверь и т.д.	48,3%	17,5%	13,3%	9,1%
		P=0,0277*	P=0,0191*	P=0,0191*
Покалывание в пальцах рук и ног, или в теле, ползание мурашек,	30,4%	13,6%	4,2%	4,2%
		P=0,0653	P=0,0567	P=0,0567

онемение или другие неприятные ощущения				
Непроизвольное подергивание головы и плечей, век, скул, особенно, при волнении	43,1%	17,4%	13,3%	9,2%
		P=0,0694	P=0,0216*	P=0,0064**
Страх оставаться в одиночестве в пустой квартире	48,2%	22,4%	17,2%	13,2%
		P=0,0655	P=0,0354*	P=0,0096**
Невозможность освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей (мелодий, стихотворений, сомнений)	35,4%	9,3%	4,1%	4,1%
		P=0,0322*	P=0,0084**	P=0,0084**
Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения: * – p <0,05; ** – p<0,01				

Динамика нивелирования психических нарушений при тревожно – фобических расстройствах в группе с субклиническим употреблением пива на фоне применения предложенной нами системы лечебно –коррекционных воздействий представлена уменьшением следующих психопатологических симптомов: через 1 месяц от начала лечения достоверные отличия (p<0,05) выявлены по симптомам, таких как: страх заболеть тяжелым заболеванием, многократно выполняемые действия: выключен ли газ, вода, электричество и т.д., невозможность освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей (p=0,0216, p=0,0277, p=0,0322). По истечении 3 месяцев от начала лечения достоверные отличия (p<0,05, p<0,01) выявлены по следующим симптомам: ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах, навязчивые воспоминания, ощущение какого-то беспокойства, страх заболеть тяжелым заболеванием, многократно выполняемые действия: выключен ли газ, вода, электричество,

непроизвольное подергивание головы и плечей, век, скул, особенно при волнении, страх оставаться в одиночестве в пустой квартире, невозможность освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей (p=0,0191, p=0,0035, p=0,0064, p=0,0064, p=0,0191, p=0,0216, p=0,0254, p=0,0084). После 12 месяцев лечения достоверные отличия (p<0,05, p<0,01) от начала лечения сохранялась также по всем симптомам, представленным выше: ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах, навязчивые воспоминания, ощущение какого-то беспокойства, страх заболеть тяжелым заболеванием, многократно выполняемые действия: выключен ли газ, вода, электричество, непроизвольное подергивание головы и плечей, век, скул, особенно при волнении, страх оставаться в одиночестве в пустой квартире, невозможность освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей (p=0,0191, p=0,0035, p=0,0013, p=0,0064, p=0,0191, p=0,0064, p=0,0096, p=0,0084).

Таблица 6.1.14 - Динамика психических нарушений при тревожно-фобических расстройствах в группе с субклиническим употреблением пива на фоне применения базовой терапии (контрольная группа, n = 20)

Симптомы	Частота встречаемости симптомов (до лечения) n = 20	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 1 месяц) n = 20	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 3 месяца) n = 20	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 12 месяцев) n = 20
	%	% /p	% /p	% /p
Ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах	40,5%	20,5%	15,1%	10,2%
		P=0,1761	P=0,0801	P=0,0270*
Навязчивые воспоминания	45,4%	25,5%	15,2%	20,2%
		P=0,1941	P=0,0392*	P=0,0959

Ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин и нет	50,4%	30,5%	25,4%	20,2%
		P=0,1590	P=0,0798	P=0,0341*
Страх заболеть тяжелым заболеванием (рак, инфаркт, психическое заболевание и т.д.)	55,2%	30,4%	25,3%	30,1%
		P=0,1154	P=0,0546	P=0,1154
Многократно выполняемые действия: выключен ли газ, вода, электричество, заперта ли дверь и т.д.	35,3%	15,4%	10,5%	10,5%
		P=0,1785	P=0,0605	P=0,0605
Покалывание в пальцах рук и ног или в теле, ползание мурашек, онемение или другие неприятные ощущения	40,5%	20,4%	15,1%	10.2%
		P=0,1761	P=0,0801	P=0,0285*
Непроизвольное подергивание головы и плечей, век, скул, особенно, при волнении	55,1%	30,3%	25,3%	20,1%
		P=0,1154	P=0,0546	P=0,0219*
Страх оставаться в одиночестве в пустой квартире	55,2%	25,3%	20,3%	15,1%
		P=0,0503	P=0,0142*	P=0,0043**
Невозможность освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей (мелодий, стихотворений, сомнений)	45,3%	20,5%	15,3%	15,3%
		P=0,1188	P=0,0392*	P=0,0392*

Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$

При базовом лечении психических нарушений при тревожно-фобических расстройствах в группе с донозологическим употреблением достоверных отличий по уменьшению частоты симптомов через месяц терапии не отмечено. Через 3 месяца после начала терапии отмечены достоверные отличия ($p<0,05$) только по симптомам – страх оставаться в одиночестве в пустой квартире, невозможность освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей ($p=0,0142$, $p=0,0392$). Через 12 месяцев после начала лечения достоверные отличия ($p<0,05$, $p<0,01$) отмечались по следующим симптомам: ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах, ощущение какого-то беспокойства, покалывание в пальцах рук и ног, ползание мурашек, непроизвольное подергивание головы и плечей, век, скул, особенно при волнении, страх оставаться в одиночестве в пустой квартире, невозможность освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей ($p=0,0270$, $p=0,0341$, $p=0,0285$, $p=0,0219$, $p=0,0043$, $p=0,0392$).

Таблица 6.1.15 - Динамика изменения психических нарушений при тревожно-фобических расстройствах в группе с нозологическим употреблением пива на фоне применения системы лечебно-коррекционных воздействий (основная группа, n = 41)

Симптомы	Частота встречаемости симптомов (до лечения) n = 41	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 1 месяц) n = 41	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 3 месяца) n = 41	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 12 месяцев) n = 41
	%	% /p	% /p	% /p
Ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах	37,4%	15,5%	7,2%	5,1%
		P=0,0226*	P=0,0011**	P=0,0002***
Навязчивые воспоминания	34,3%	15,2%	7,1%	5,2%

		P=0,0401*	P=0,0023**	P=0,0006***
Ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин и нет	37,5%	20,5%	12,2%	10,1%
		P=0,0530	P=0,0049**	P=0,0017**
Страх заболеть тяжелым заболеванием (рак, инфаркт, психическое заболевание и т.д.)	29,4%	17,6%	7,2%	5,1%
		P=0,1951	P=0,0097**	P=0,0029**
Многократно выполняемые действия: выключен ли газ, вода, электричество, заперта ли дверь и т.д.	36,5%	17,4%	10,3%	7,1%
		P=0,1785	P=0,0605	P=0,0605
Покалывание в пальцах рук и ног или в теле, ползание мурашек, онемение или другие неприятные ощущения	29,3%	17,5%	10,2%	7,1%
		P=0,1951	P=0,0257*	P=0,0097**
Непроизвольное подергивание головы и плечей, век, скул, особенно при волнении	34,2%	14,3%	7,2%	5,1%
		P=0,0401*	P=0,0023**	P=0,0006***
Страх оставаться в одиночестве в пустой квартире	37,5%	14,4%	7,3%	5,1%
		P=0,0226*	P=0,0011**	P=0,0002***
Невозможность освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей (мелодий, стихотворений, сомнений)	24,4%	12,3%	5,1%	5,1%
		P=0,1725	P=0,0120*	P=0,0120*

Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения: * – p <0,05; ** – p<0,01,** * – p<0,001

В группе с нозологическим употреблением пива (основная группа) на фоне применения системы наших лечебно-коррекционных воздействий динамика изменения психических нарушений при тревожно-фобических расстройствах через 1 месяц терапии наблюдались достоверные изменения ($p<0,05$) по уменьшению таких психопатологических симптомов: ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах, навязчивые воспоминания, непроизвольное подергивание головы и плечей, век, скул, особенно при волнении, страх оставаться в одиночестве в пустой квартире ($p=0,0226$, $p=0,0401$, $p=0,0401$, $p=0,0226$). Через 3 месяца от начала лечения достоверные отличия ($p<0,05$, $p<0,01$) в этой группе представлены следующими симптомами тревожно –фобических расстройств: ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах, навязчивые воспоминания, ощущение какого-то беспокойства, страх заболеть тяжелым заболеванием, покалывание в пальцах рук и ног, теле, непроизвольное подергивание головы и плечей, век, скул, особенно при волнении, страх оставаться в одиночестве в пустой квартире, невозможность освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей ($p=0,0011$, $p=0,0023$, $p=0,0049$, $p=0,0097$, $p=0,0257$, $p=0,0023$, $p=0,0011$, $p=0,0120$).

Таблица 6.1.16 - Динамика изменения психических нарушений при тревожно-фобических расстройствах в группе с нозологическим употреблением пива на фоне применения базовой терапии (контрольная группа, n = 40)

Симптомы	Частота встречаемости симптомов (до лечения) n = 40	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 1 месяц) n = 40	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 3 месяца) n = 40	Частота встречаемости симптомов после лечения (через 12 месяцев) n = 40
	%	% /p	% /p	% /p

Ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах	35,3%	20,1%	13,4%	13,4%
		P=0,1179	P=0,0146*	P=0,0146*
Навязчивые воспоминания	38,5%	20,1%	15,3%	15,3%
		P=0,0857	P=0,0220*	P=0,0220*
Ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин и нет	40,4%	28,2%	12,3%	10,1%
		P=0,0530	P=0,0049**	P=0,0017**
Страх заболеть тяжелым заболеванием (рак, инфаркт, психическое заболевание и т.д.)	45,4%	25,4%	23,4%	25,4%
		P=0,0619	P=0,0355*	P=0,0619
Многократно выполняемые действия: выключен ли газ, вода, электричество, заперта ли дверь и т.д.	38,6%	15,5%	15,5%	13,1%
		P=0,0220*	P=0,0220*	P=0,0094**
Покалывание в пальцах рук и ног или в теле, ползание мурашек, онемение или другие неприятные ощущения	30,4%	18,2%	10,1%	13,3%
		P=0,1935	P=0,0253*	P=0,0567
Непроизвольное подергивание головы и плечей, век, скул, особенно при волнении	38,4%	23,2%	18,4%	20,1%
		P=0,1468	P=0,0458*	P=0,0857
Страх оставаться в одиночестве в пустой квартире	40,3%	25,3%	20,1%	18,2%
		P=0,1559	P=0,0518	P=0,0261*
Невозможность освободиться от постоянно	25,3%	13,3%	5,1%	5,1%
		P=0,1559	P=0,0118*	P=0,0118*

возвращающихся навязчивых мыслей (мелодий, стихотворений, сомнений)				
Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения: * – p <0,05; ** – p<0,01				

При базовом лечении тревожно-фобических расстройствах в группе с нозологическим употреблением пива изменений психических расстройств через 1 месяц после начала терапии не имеет достоверных отличий изменения. Через 3 месяца терапии достоверные отличия (p<0,05, p<0,01) отмечались по таким симптомам: ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах, навязчивые воспоминания, ощущение какого-то беспокойства, страх заболеть тяжелым заболеванием, многократные выполняемые действия, покалывание в пальцах рук и ног, теле, непроизвольное подергивание головы и плечей, век, скул, особенно при волнении, невозможность освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей (p=0,0146, p=0,0220, p=0,0049, p=0,0355, p=0,0220, p=0,0253, p=0,0458, p=0,0118). Через 12 месяцев после терапии сохранялась динамика уменьшения данных симптомов с достоверным отличием (p<0,05, p<0,01).

С целью оценки результатов проведения психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий у учащихся техникумов, училищ и лицея было проведено повторное психодиагностическое обследование, результаты которого приведены в таблицах 6.1.17-6.1.20

Таблица 6.1.17 - Сравнительные результаты психодиагностического обследования учащихся техникумов, лицея и училищ в группе с субклиническим употреблением пива на фоне применения системы лечебно-коррекционных воздействий (основная группа, n = 23)

Значение показателя психодиагностической методики	Показатели выраженности состояния (до лечения) n = 23	Показатели выраженности состояния после лечения (через 1 месяц) n = 23	Показатели выраженности состояния после лечения (через 3 месяца) n = 23	Показатели выраженности состояния после лечения (через 12 месяцев) n = 23
	Среднее значение, $\overline{X} \pm m$	Среднее значение, $\overline{X} \pm m$ % /p	Среднее значение, $\overline{X} \pm m$ % /p	Среднее значение, $\overline{X} \pm m$ % /p
Самочувствие	3,13±0,56	4,13±0,57	4,79±0,48	4,86±0,47
		P=0,0857	P=0,0530	P=0,0458*
Активность	3,45±0,51	3,93±0,60	4,83±0,53	4,91±0,50
		P=0,0805	P=0,0605	P=0,0348*
Настроение	3,92±0,26	4,81±0,58	4,84±0,52	4,96±0,42
		P=0,0905	P=0,0705	P=0,0451*
Показатель реактивной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина)	34,9±3,71	30,3±2,05	28,4±1,56	28,0±1,46
		P=0,1825	P=0,0798	P=0,0444*
Показатель личностной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина)	40,8±6,07	31,4±2,65	29,1±1,85*	27,9±1,60
		P=0,2825	P=0,0198*	P=0,0034**
Показатель депрессии (методика В.Зунга)	56,2±0,69	50,3±0,27	43,0±0,46	42,9±0,46
		P=0,1925	P=0,0898	P=0,0341*
Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения: * – p <0,05, * * - p <0,01				

После проведеного повторного психодиагностического исследования у обследованных (основная группа) в группе с субклиническим употреблением пива на фоне проведения наших психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий отмечены следующие достоверные улучшения ($p<0,05$) после 12 месяцев лечения: самочувствие, активность, настроение, реактивной тревожности, депрессии, а также ($p<0,01$) личностной тревожности.

Таблица 6.1.18 - Сравнительные результаты психодиагностического обследования учащихся техникумов, лицея и училищ в группе с субклиническим употреблением пива на фоне проведения базовой терапии (контрольная группа, n = 20)

Значение показателя психодиагностической методики	Показатели выраженности состояния (до лечения) n = 20	Показатели выраженности состояния после лечения (через 1 месяц) n = 20	Показатели выраженности состояния после лечения (через 3 месяца) n = 20	Показатели выраженности состояния после лечения (через 12 месяцев) n = 20
	Среднее значение, $\overline{X} \pm m$	Среднее значение, $\overline{X} \pm m$ % /p	Среднее значение, $\overline{X} \pm m$ % /p	Среднее значение, $\overline{X} \pm m$ % /p
Самочувствие	3,93±0,45	3,92±0,41	4,55±0,66	4,53±0,67
		P=0,1761	P=0,0801	P=0,0701
Активность	3,87±0,34	3,85±0,31	4,46±0,64	4,48±0,64
		P=0,2451	P=0,0751	P=0,0645
Настроение	3,92±0,26	3,99±0,58	4,34±0,52	4,56±0,42
		P=0,2451	P=0,0751	P=0,0645
Показатель реактивной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина)	40,8±3,71	41,04±3,45	37,8±4,57	35,17±3,93
		P=0,7893	P=0,1567	P=0,0342*

Показатель личностной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина)	40,8±3,07	31,4±2,65	29,1±1,85	27,9±1,60
		P=0,2825	P=0,1987	P=0,0457*
Показатель депрессии (методика В.Зунга)	56,2±6,91	49,9±2,75	46,9±4,64	46,9±4,63
		P=0,0925	P=0,0798	P=0,0798
Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения: * – p <0,05				

После проведеного повторного психодиагностического исследования у обследованных (контрольнаяя группа) с субклиническим употреблением пива на фоне проведения базовой терапии представлены достоверные улучшения (p<0,05) после 12 месяцев лечения только по шкале личностной тревожности. По остальным тестовым методикам достоверных отличий после проведенного лечения не выявлено.

Таблица 6.1.19 - Сравнительные результаты психодиагностического обследования учащихся техникумов, лицея и училищ в группе с нозологическим употреблением пива на фоне применения системы лечебно-коррекционных воздействий (основная группа, n = 41)

Значение показателя психодиагностической методики	Показатели выраженности состояния (до лечения) n = 41	Показатели выраженности состояния после лечения (через 1 месяц) n = 41	Показатели выраженности состояния после лечения (через 3 месяца) n = 41	Показатели выраженности состояния после лечения (через 12 месяцев) n = 41
	Среднее значение, $\overline{X} \pm m$	Среднее значение, $\overline{X} \pm m$ % /p	Среднее значение, $\overline{X} \pm m$ % /p	Среднее значение, $\overline{X} \pm m$ % /p
Самочувствие	3,23±0,64	4,57±0,75	4,82±0,41	4,90±0,45
		P=0,1856	P=0,0701	P=0,0201*
Активность	3,50±0,48	4,57±0,75	4,98±0,49	4,99±0,44
		P=0,3451	P=0,0651	P=0,0045**
Настроение	3,83±0,49	4,44±0,81	4,84±0,56	4,99±0,86
		P=0,1451	P=0,0751	P=0,0341*

Показатель реактивной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина)	40,2±6,04	31,2±1,34	29,1±1,20	28,4±1,18
		P=0,1855	P=0,0573	P=0,0031**
Показатель личностной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина)	39,2±5,63	30,7±1,18	28,9±1,20	28,4±1,18
		P=0,0825	P=0,0682	P=0,0457*
Показатель депрессии (методика В.Зунга)	50,1±9,12	48,9±2,41	37,9±6,46	37,5±6,72
		P=0,0829	P=0,0698	P=0,0398 *
Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения:* – p <0,05, **– p <0,01				

После проведеного повторного психодиагностического исследования у обследованных (основная группа) в группе с нозологическим употреблением пива на фоне проведения наших психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий отмечены следующие достоверные улучшения ($p<0,05$, $p<0,01$) после 12 месяцев лечения: самочувствие, активность, настроение, реактивной тревожности, личностной тревожности, депрессии разной степени выраженности.

Таблица 6.1.20 - Сравнительные результаты психодиагностического обследования обследуемых учащихся техникумов, лицеев и училищ в группе с нозологическим употреблением пива на фоне проведения базовой терапии. (контрольная группа, n = 40)

Значение показателя психодиагностической методики	Показатели выраженности состояния (до лечения) n = 40	Показатели выраженности состояния после лечения (через 1 месяц) n =40	Показатели выраженности состояния после лечения (через 3 месяца) n = 40	Показатели выраженности состояния после лечения (через 12 месяцев) n = 40
	Среднее значение, $\overline{X} \pm m$	Среднее значение, $\overline{X} \pm m$ % /p	Среднее значение, $\overline{X} \pm m$ % /p	Среднее значение, $\overline{X} \pm m$ % /p
Самочувствие	3,21±0,66	3,75±0,62	4,59±0,62	4,81±0,49
		P=0,2345	P=0,1856	P=0,0901
Активность	3,46±0,43	3,60±0,46	4,55±0,46	4,87±0,43
		P=0,2451	P=0,0951	P=0,0745
Настроение	3,91±0,25	3,98±0,57	4,33±0,51	4,55±0,41
		P=0,1255	P=0,0966	P=0,0344*
Показатель реактивной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина)	39,7±3,70	40,03±3,44	37,7±4,56	35,16±3,92
		P=0,8897	P=0,1654	P=0,0844
Показатель личностной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина)	41,8±3,08	32,5±2,66	28,1±1,84	26,9±1,59
		P=0,2825	P=0,1987	P=0,0558*
Показатель депрессии (методика В.Зунге)	55,2±6,92	48,9±2,76	47,9±4,65	45,8±4,62
		P=0,0615	P=0,0766	P=0,0799
Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения: * – p <0,05				

После проведеного повторного психодиагностического исследования у обследованных(контрольная группа) в группе с нозологическим

употреблением пива на фоне проведения базового лечения отмечены следующие достоверные улучшения ($p<0,05$) после 12 месяцев от начала лечения только по настроению и личностной тревожности.

Таким образом, наибольшая эффективность предложенного нами комплекса лечебно-коррекционных воздействий с положительной динамикой клинического состояния и психодиагностических показателей через 1 месяц, через 3 месяца и 12 месяцев от начала лечения наблюдалась при использовании полного объема лечебно-профилактических мероприятий. Это выражалось в статистически значимом ($p<0,05$, $p<0,01$, $p<0,001$) снижении показателей психических симптомов невротического уровня (основная группа исследования) в группе с субклинической и нозологической формой употребления пива, а также психических нарушений при неврастении, при расстройстве адаптации, тревожно-фобическом расстройстве , в сравнении контрольной группой, получающей базовое лечение при данных нозологиях, где наблюдались статистически значимые достоверности ($p<0,05$, $p<0,01$). После проведеного повторного психодиагностического исследования у обследованных (основная группа) в группе с субклиническим употреблением пива на фоне отмечены следующие достоверные улучшения ($p<0,05$) после 12 месяцев лечения: самочувствие, активность, настроение, реактивной тревожности, депрессии, а также ($p<0,01$) личностной тревожности, а в основной группе с нозологическим употреблением пива отмечены следующие достоверные улучшения ($p<0,05$, $p<0,01$) после 12 месяцев лечения: самочувствие, активность, настроение, реактивной тревожности, личностной тревожности, депрессии разной степени выраженности. В контрольной группе с субклиническим употреблением пива на фоне проведения базовой терапии отмечены следующие достоверные улучшения ($p<0,05$) после 12 месяцев лечения только по шкале личностная тревожность. В группе с нозологическим употреблением пива на фоне проведения базового лечения отмечены следующие достоверные улучшения ($p<0,05$) после 12 месяцев от начала

лечения только по настроению и личностной тревожности. По остальным тестовым методикам достоверных отличий в плане проведенного лечения не выявлено.

Таким образом, клиническая эффективность разработанной нами системы лечебно-коррекционных воздействий невротических расстройств на различных стадиях формирования алкогольной(пивной) зависимости в молодом возрасте позволяет рекомендовать ее для внедрения в практику лечебной работы психиатрической и наркологической служб.

ВЫВОДЫ:

1. В диссертационном исследовании с позиции интегративного подхода представлено теоретическое обоснование и новое решение актуальной задачи современной психиатрии – разработки и внедрения системы психопрофилактических и лечебно-коррекционных мероприятий при невротических расстройствах на различных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости в молодом возрасте.

2. В группе психически здоровых обследованных отчетливо преобладали абстиненты и отсутствовали систематически и привычно пьющие лица, в отличие от группы больных, страдающих невротическими расстройствами на фоне донозологического употребления алкоголя (пива), что свидетельствует о большей степени субклинической алкоголизации при невротических расстройствах, чем при наличии психического здоровья у учащихся.

3. К факторам риска возникновения невротических расстройств в сочетании с клиническими формами употребления пива (F10.1 и F10.2) у обследованных нами учащихся относятся возраст 17-18 лет, проживание в селах и поселках, неудовлетворительные материально-бытовые условия жизни, воспитание кем-либо из родственников, кроме родителей, брата/сестры, либо педагогами школ-интернатов, алкогольная анозогнозия.

4. В структуре невротических расстройств у обследованных преобладала неврастения (F48.0) (50%), и её удельный вес был почти одинаковым при наличии (в исследуемой группе 3) и без наличия (в исследуемой группе 2) клинической наркологической патологии. Второе место по распространенности (31,4%) занимали расстройства адаптации (F43.2), причём, при субклиническом употреблении алкоголя, по сравнению с клиническим его употреблением, их встречаемость оказалась выше (32,5% и 30,9%, соответственно). Тревожные, фобические и обсессивно-компульсивные расстройства (F40-F42) занимали по распространенности третье место (20,2%) с определенным преобладанием при субклиническом употреблении алкоголя.

Неврастению в группе 2 характеризовало преобладание повышенной психической утомляемости, раздражительности, нарушений сна, чувствительности к яркому свету, громким звукам, резким краскам, рассеянности внимания, навязчивых воспоминаний, головной боли и головокружения, повышенной потливости, ощущений сдавливания в груди и

нехватки воздуха при волнении. В группе 3 неврастению отличало меньшее разнообразие симптоматики, с акцентом на навязчивых воспоминаниях, звоне в ушах или «ряби» в глазах.

Расстройства адаптации в группе 2 проявлялись преимущественно в виде тревоги, психической утомляемости, нарушений сна, пессимистического видения будущего, снижения концентрации внимания, сердцебиения, потливости, неустойчивости настроения, снижения аппетита, страха одиночества, раздражительности, эмоционального напряжения, тремора в теле. В группе 3 при расстройствах адаптации чаще встречались тремор в теле, страх одиночества, снижение концентрации внимания, пессимистическое видение будущего, неустойчивость настроения, снижение аппетита, раздражительность, эмоциональное напряжение, сердцебиение.

Тревожные, фобические и обсессивно-компульсивные расстройства в группе 2 отличало превалирование навязчивых воспоминаний, страха заболеть тяжелым заболеванием, ощущений беспричинного беспокойства, сдавливания в груди и нехватки воздуха при волнении, многократно выполняемых действий, невозможности освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей, страха оставаться в одиночестве в пустой квартире, непроизвольного подергивания головы, плеч, век, скул, особенно при волнении, покалывания в пальцах рук и ног. В группе 3 при данных расстройствах встречались преимущественно страх оставаться в одиночестве в пустой квартире, навязчивые воспоминания, страх заболеть тяжелым заболеванием, многократно выполняемые действия, ощущения беспричинного беспокойства, сдавливания в груди и нехватки воздуха при волнении, непроизвольное подергивание головы, плеч, век, скул, особенно при волнении, невозможность освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей, покалывание в пальцах рук и ног.

5. Отмечены более высокие показатели теста САН в группах 1 и 2, установлено, что в группе 3 показатели «активности» и «самочувствия» значимо ниже в сравнении с другими группами. Анализ данных теста Спилбергера-Ханина выявил, что у обследованных показатели шкал как реактивной, так и личностной тревожности возрастают от первой к третьей группе, с достоверно значимыми отличиями личностной тревожности между группами 1 и 2, реактивной тревожности – между группами 2 и 3. Результаты обследования с помощью теста Зунга свидетельствуют о более высоком уровне депрессии средней степени выраженности у обследованных с невротическими расстройствами, как с наркологической коморбидностью, так

и без неё, в сравнении со здоровыми лицами, а показатель «истинная депрессия» достоверно выше во второй группе, по сравнению с первой.

6. При невротических расстройствах на фоне субклинического употребления пива наблюдается преобладание корреляций психопатологических симптомов весьма высокой (0,9<r<1) и высокой (0,7<r<0,9) тесноты корреляционной связи с наличием тревожных, фобических, обсессивно-компульсивных расстройств (F40-F42) и расстройств адаптации (F43.2), а с диагнозом неврастении (F48.0) – заметной (0,5<r<0,7) и умеренной (0,3<r<0,5) статистически значимой связи. Для невротических расстройств при коморбидном клиническом употреблении пива характерно преобладание положительных корреляций психопатологических симптомов весьма высокой (0,9<r<1) и высокой (0,7<r<0,9) тесноты корреляционной связи с наличием у обследованных всех выявленных диагнозов рубрики F4 МКБ-10 – расстройств адаптации, неврастении, тревожных, фобических и обсессивно-компульсивных расстройств. При этом, употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1) имеет наибольшую положительную корреляцию с неврастенией (r=0,73), а наименьшую – с расстройствами адаптации (r=0,48), группой тревожных, фобических и обсессивно-компульсивных расстройств (r=0,34). При синдроме зависимости в результате употребления алкоголя (F10.2) установлены высокие положительные корреляционные связи со всеми тремя группами диагнозов: расстройствами адаптации (r=0,89), неврастенией (r=0,73), тревожными, фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами (r=0,63).

7. Разработанная нами система лечебно-коррекционных воздействий при невротических расстройствах на различных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости в молодом возрасте, базируется на принципах комплексности, дифференцированности и последовательности, использовании современных методов рациональной, когнитивно-поведенческой, семейной психотерапии, аутогенной тренировки, в структуре индивидуальной и групповой моделей психотерапии. Данная система имеет также психопрофилактическую направленность, заключающуюся в предупреждении формирования (либо развития) невротической и наркологической патологии.

Медикаментозное лечение проводилось при наличии невротических расстройств на фоне субклинического употребления пива (в группе 2) и невротических расстройств с коморбидной клинической алкогольной патологией (в группе 3) и включало назначение флуоксетина (20-60 мг/сут.), афобазола (30 мг/сут.), сульпирида (100-300 мг/сут.), карбамазепина (200-400

мг/сут.), буспирона (20-30 мг/сут.), сертралина (50 мг/сут.), амитриптилина (25 -75 мг/сут.), мексидола (125-250 мг/сут.), эссенциале (по 1 капсуле 3 раза в день), препарата Медихронал-Дарница, витаминов группы В, никотиновой, аскорбиновой кислоты внутримышечно, тиосульфата натрия внутривенно.

8. При неврастении, расстройствах адаптации, тревожных, фобических и обсессивно-компульсивных расстройстваах в группах 2 и 3 на фоне применения нашей системы лечебно-коррекционных воздействий достоверные отличия, связанные с нивелированием практически всех симптомов, в сравнении с периодом до лечения, удерживались через 1, 3 и 12 месяцев после лечения, что демонстрирует лучший результат по сравнению с применением базовой терапии. Психодиагностическое обследование через 12 месяцев после окончания лечения в группе 2 на фоне применения нашей системы лечебно-коррекционных воздействий выявило достоверное улучшение показателей самочувствия, активности, настроения, реактивной тревожности, депрессии, личностной тревожности, а в группе 3 – достоверное улучшение показателей самочувствия, настроения, активности, реактивной тревожности, личностной тревожности, депрессии разной степени выраженности, что также демонстрирует лучший результат по сравнению с применением базовой терапии.

9. Разработанная нами система лечебно-коррекционных воздействий у больных с невротическими расстройствами на различных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости в молодом возрасте продемонстрировала высокую клиническую эффективность, что позволяет рекомендовать ее для внедрения в практику лечебной работы психиатрической и наркологической служб.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ААП –алкогольное аддиктивное поведение

РУА –расстройства, связанные с употреблением алкоголя

FDA –лекарства от алкогольной зависимости

MI –мотивационное вмешательство

КПТ –когнитивно –поведенческая психотерапия

ПАВ –психоактивные вещества

НР –невротические расстройства

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авсиевич, Н.А. Отчет по теме: «Проведение в 2010 году школьного исследования с применением методологии ESPAD среди учащихся Брестской области» [Текст] / Н.А. Авсиевич.- Брест: Альтернатива, 2010. – 54 с.
2. Агибалова, Т.В., Золотухин, С.В., Насонкина, О.М.Клинический пример формирования панических атак у пациента с алкогольной зависимостью [Текст] / Т.В. Агибалова,С.В. Золотухин,О.М. Насонкина, О.М.// Наркология.- 2018.-№ 17(5).- С. 54-61.
3. Агибалова, Т.В., Рычкова, О. В., Кузнецов, А. Г., Гуревич, Г.Л. Алкогольная зависимость, сформированная на фоне нарушений психической адаптации [Текст] /Т.В. Агибалова, О.В.Рычкова, А.Г. Кузнецов,Г.Л. Гуревич // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. - 2013.-N 6 (94) -. С. 169-176.
4. Азбарова, А.А., Гофман, А.Г. Социально-психологические и медико-биологические особенности развития алкоголизма в гендерном аспекте [Текст] /А.А. Азбарова, А.Г.Гофман // Наркология.- 2017.-№ (6) - С. 59-78.
5. Акимова, М. К., Усцева М.Н. Влияние отца и его образа на возникновение аддикции у подростков [Текст] / М. К. Акимова, М. Н Усцева // Высшее образование сегодня. – 2010. – № 5. – С. 63-67.
6. Аксельрод, А.С., Сыркин, А.Л. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы и их коррекция у пациентов с алкогольной зависимостью, прекративших употреблять алкоголь[Текст] / А.С. Аксельрод, А.Л. Сыркин // Эффективная фармакотерапия. -2013. - № 49. - С. 22-33.
7. Аксенов, М.М., Гычев, А.В., Белокрылова, М.Ф. Стрессоустойчивость и дезадаптация при непсихотических психических расстройствах (итоги

комплексной темы ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009–2012 гг.) [Текст] /М.М. Аксенов, А.В.Гычев ,М.Ф. Белокрылова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2013. - № 4. - С. 11–18.

8. Актуальные проблемы алкоситуации в молодежной среде: состояние, тенденции, профилактика[Текст] .- Москва: СИНТЕГ, 2015.- 191 с.
9. Алкоголизм[Текст] : руководство для врачей / Г.В. Морозов, И.Г. Ураков, П.П. Ширинский [и др.] .- Москва : Медицина, 1983. –432 с.
10. Алкогольная болезнь [Текст] : поражение внутренних органов / под ред. В. С. Моисеева .- 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 480 с.
11. Альтшулер, В. Б. Алкоголизм [Текст] / В. Б. Альтшулер.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 264 с.
12. Альтшулер, В. Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии[Текст] / В.Б.Альтшулер.-М.: Изд. дом "Имидж", 1994. - 216 с.
13. Андреева, Т., Красовский, К. Все, что вам не нужно знать о пиве, если вы собираетесь его пить[Текст]/Т. Андреева,К. Красовский// "Соратник". - 2001. - № 65. –С.34 -38.
14. Андреева, Л. А. Медицинская профилактика чрезмерного употребления алкоголя: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук [Текст] /Л.А. Андреева // Белорусская медицинская академия последипломного образования. – Минск, 2015. – 21 с.
15. Андрющенко, А. В., Шуляк Ю. А. Алкогольная зависимость и депрессия: подходы к диагностике и лечению [Текст] /А.В. Андрющенко,Ю.А. Шуляк // Медицинский совет. - 2016 - №19 - С. 28-36.
16. Аносова, Е.В. Факторы, способствующие формированию пивного алкоголизма у подростков [Текст] / Аносова Е.В. // Молодежная наука: от фундаментальной идеи до инновационных проектов: 73 итоговая межвуз. конф. студентов и молодых ученых.- Курск, 15-16 апр.- 2008.- С. 238-239.

17. Анохина, И.П. Удовольствие и патогенез болезней зависимости [Текст]/ И.П.Анохина //Вопросы наркологии.-2018.- №2. - С.22-34.
18. Арсланова, С.Ю. Лекция 1. Пивной алкоголизм – миф или реальность? [Текст]/ С.Ю.Арсланова // "Городское здравоохранение". — ГОУ ВПО Казанский государственный медицинский університет.- 2008. — № 4. — С. 25-29.
19. Барановский, Н. А. Потребление спиртных напитков как социальная проблема[Текст]/ Н. А. Барановский // Иппокрена. – 2012. – № 2. – С. 124-132.
20. Барденштейн, Л.М. Алкоголизм, наркомании и другие психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ [Электронный ресурс] : учеб. пособие Л.М. Барденштейн.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 96 с.
21. Белов, В.Г. Взаимоотношения с родителями и алкоголизация подростков[Текст]/ /В. Г. Белов // Наркология. - 2011. - № 12. - С. 69 - 72.
22. Бехтель, Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем[Текст]/ Э.Е..Бехтель.-М.:Медицина,1986.-272с.
23. Богданова, М.В., Беседина, Е.В. Деформация системы психологических защит как фактор формирования и поддержания аддиктивного поведения [Текст] /М.В.Богданова, Е.В. Беседина // Вестник Тюменского государственного университета.- №9.- 2011.- С.207-215.
24. Бохан, Н.А., Дашиева, Б.А., Карауш, И.С. Формирование аддиктивного поведения у девочек-подростков, обучающихся в общеобразовательных и коррекционных школах[Текст] /Н.А. Бохан, Б.А.Дашиева,И.С. Карауш //Вопросы наркологии.- 2019. - №1(172).- С.31-42.
25. Брюн, Е.А., Полунина, А.Г. Депрессия, тревожные расстройства и антисоциальное расстройство личности как факторы или последствие алкоголизма и наркомании: гендерные аспекты[Текст]/Е.А. Брюн, А.Г.Полунина // Наркология.-2018.-№ 11.-С.74-85.

26. Буеверов, А. О. Враг, способный стать другом к вопросу о пользе алкоголя [Текст] / А. О. Буеверов, П. О. Богомолов // Медицинский совет. - 2018. - № 6. - С. 104-112.
27. Бузик, О.Ж., Агибалова, Т.В. Коморбидные расстройства у больных с зависимостью от алкоголя[Текст] /О.Ж. Бузик,Т.В. Агибалова. // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова.- 2008.- № 3.-С. 79-86.
28. Буйков, В.А., Полецкий, В.М., Колмогорова, В.В. Алкогольная зависимость [Текст] /В.А. Буйков,В.М. Полецкий , В.В.Колмогорова. -2013. - 524с.
29. Депрессии и неврозы : руководство для врачей / К. М.Бунькова; под ред. М. А. Кинкулькиной.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011 - 176 с.
30. Бурмака, Н. П., Сосін, І.К, Кочарян, О.С. Тренінги профілактики алкогольної залежності підлітків : Методичні матеріали для тренерів [Текст] / Н.П. Бурмака, І.К. Сосін, О.С. Кочарян О.С. // Практична психологія та соціальна робота.-2006.-№7.-.49-61.
31. Бухало, А.В., Гомазкова, О.А., Булычева, О.С. Подростковый алкоголизм как угроза жизни[Текст] /А.В. Бухало О.А., Гомазкова, О.С. Булычева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012 – №1. – С. 53–59.
32. Бушара, Н.М., Трусова, А.В., и др. Гендерные различия в когнитивном функционировании у пациентов с алкогольной зависимостью[Текст]/ Н.М.Бушара, А.В.Трусова и др. // Вопросы наркологии.- 2017.-№ (12).- С.116-132.
33. Ваисов, С. Б. Наркотическая и алкогольная зависимость. Практическое руководство по реабилитации детей и подростков / С. Б. Ваисов.- СПб.: Наука и Техника, 2008. – 272 с.
34. Волошин, П. В., Мінко, О. І., Лінський, І. В та інші. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні / П. В. Волошин, О. І. Мінко, І. В.

Лінський та інші // Український вісник психоневрології. – 2001. – Т. 9, вип. 3 (28). – С. 7–9.

35. Гендерные различия проблемного употребления алкоголя среди студентов медицинского университета и юридической академии г. Саратова [Текст] / Е. В. Колесниченко [и др.] // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. - 2016. - № 11. - С. 39-44.

36. Гиленко, М.В., Вандыш-Бубко, В.В. Принципы диагностики расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, и сопутствующих заболеваний в МКБ-11[Текст] /М.В. Гиленко, В.В.Вандыш-Бубко// Наркология. - 2018.-№ 17(6). - С. 3-7.

37. Головина, А.Г. Социальные факторы и патоморфоз фобических нарушений в подростковом возрасте[Текст] /А.Г. Головина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2011. - №111(9). – С.4-9.

38. Головко, А.И. Наркология: Общие вопросы и патогенез химических зависимостей / А.И. Головко.- СПб.: Изд-во «Артиком», 2008. – 448 с.

39. Гордеева, С. С. Употребление алкоголя как фактор нарушений здоровья молодежи // [Текст] / С. С. Гордеева // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2015. – Вып. 3 (23). – С. 122–129.

40. Горячева, Н.Г., Ганенко, Е.Ф., Пичугина, Т.В и др. Фенольные соединения в хмелепродуктах различных сортов хмеля[Текст] /Н.Г. Горячева,Е.Ф. Ганенко, Т.В.Пичугина и др.// Пиво и напитки.-2002. - №2. - С.28-29.

41. Гофман, А.Г. Клиническая наркология[Текст] / А.Г. Гофман.-М.: «МИКЛОШ», 2003. – 215 с.

42. Гофман, А.Г., Понизовский, П.А. О сочетании депрессивных расстройств с зависимостью от алкоголя[Текст] /А.Г. Гофман, П.А. Понизовский // Вопросы наркологии - 2017.- № (4-5).- С. 103-112.

43. Гуревич, Г.Л. Коморбидные расстройства в наркологической практике[Текст] / Г.Л. Гуревич.- М: Медпрактика-М, 2007. – 120 с.

44. Денисович, Л., Лопатин, В., Лопатина, Т. Социальные аспекты женского алкоголизма [Текст] / Л. Денисович, В. Лопатин, Т. Лопатина // Врач. - 2018. - № 4. - С. 9-12.
45. Дмитриева, О.В. Влияние алкоголизма родителей на психическое здоровье потомства[Текст] /О.В.Дмитриева // Вестник последипломного медицинского образования. – 2009. - №2.- С.48-53.
46. Дмитриева, Т.Б. Игонин, А.А., Клименко, Т.В. и соавт. Злоупотребление психоактивными веществами (клинические и правовые аспекты) [Текст] / Т.Б.Дмитриева, А.А.Игонин, Т.В. Клименко и соавт.- М.: МНЦ «Инфокоррекция», 2003. – 316с.
47. Донской, Д. А., Копытов, А.В. О роли социально-ориентированных методов лечения алкогольной зависимости [Текст] / Д. А. Донской, А. В. Копытов // Медицинский журнал. – 2016. – № 4. – С. 37-46.
48. Дьяконов, И.Ф. Профилактика подросткового алкоголизма : учебно-методическое особие / И.Ф. Дьяконов, Е.Ю. Абриталин, Т.И. Дьяконова.- С.-П.: ООО «Издательство’’СпецЛист”», 2017.- 23 с.
49. Евсеев, В.Д., Мандель, А.И. Распространенность психических и наркологических расстройств среди лиц призывного контингента муниципального образования Томской области [Текст]/В.Д. Евсеев, А.И.Мандель // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.-2018.- №3 (100). – С. 40–45.
50. Егоров, А.Ю. Особенности алкоголизма в пубертатном и постпубертатном возрасте[Текст] /А.Ю. Егоров // Материалы Конгресса по детской психиатрии. 25-28 сентября 2001. – М.: Росинекс. - 2001. - С. 57.
51. Ермолаева, Г.А., Колчева, Р.А. Технология и оборудование производства пива и безалкогольных напитков: Учебник [Текст] /Г.А. Ермолаева, Р.А.Колчева .- М: Academia: ИРПО, 2000. - 416 с.
52. Здравоохранение в России 2015[Текст].- Стат.сб.Росстат. – М: - 2015. -174с.
53. Злова, Т. П., В.В. Ахметова, А.Н. Ишимбаева и др. Влияние семейного воспитания на формирование аддиктивного поведения подростков [Текст] /

Т.П. Злова, В.В. В.В.Ахметова, А.Н. Ишимбаева и др. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – № 4. – С. 49-51.

54. Иванец,Н.Н., Чирко, Т.В., Кинкулышна М.А. Психиатрия и наркология: учебник[Текст]/Н.Н. Иванец Н.Н.,Т.В. Чирко, М.А. Кинкулышна.- М: ГЭОТАР-Медиа, 2006.-832с.
55. Иванова, А.А., Рудницкий, В. А., Костин, А.К. Направления психологической помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами [Текст]/А.А.Иванова А.А.,В.А. Рудницкий,А.К. Костин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.- 2015.- №2.-С. 92-97.
56. Игнатьев, П.Д., Трусова, А.В. Взаимосвязь личностной идентичности и временной перспективы личности больных алкоголизмом: кросс-культурный аспект[Текст]/П.Д. Игнатьев, А.В. Трусова //Вестник РУДН. Серия: Психология и педагогика. - 2019. – Т. 16. - № 2. - С. 127—146.
57. Ильченко, Е.Г. Формирование представлений о невротических расстройствах [Текст]/ Е.Г.Ильченко // Вестник психотерапии.- 2018. - № 65(70).- С.31-49.
58. Исследование тревожности (Ч.Д.Спилбергер, адаптация Ю.Л.Ханин) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. Дерманова И.Б. – СПб, 2002.- С.124-126.
59. Калиниченко, О.Ю. Формирование аддиктивного поведения в подростковом и юношеском возрасте: системный анализ социальных и психологических факторов риска [Текст] : автореф. дис… канд. биол. наук : 05.13.01 / О. Ю. Калиниченко. – Тула, 2007. – 24 с.
60. Канторович, Н.В. Психогении[Текст]/Н.В. Канторович – 1967. -264с.
61. Качество информации, полученной в результате анонимного анкетирования учащихся средних школ[Электронный ресурс] / Richardson [и др.] // Вопросы наркологии .— 2009 .— №1 .— С. 99-99 .— Режим доступа: https://rucont.ru/efd/477417

62. Кибитов, О.А.Семья пациента с аддиктивными расстройствами как «точка входа» в целевые программы индивидуальной медицинской профилактики для групп высокого генетического риска[Текст]/О.А. Кибитов // Вопросы наркологии.- 2018.- №1 (172).- С. 5-30.

63. Киржанова, В.В., Григорова, Н.И., Киржанов, В.Н. Состояние и деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2017 году: Аналитический обзор[Текст] /В.В. Киржанова, Н.И. Григорова, В.Н.Киржанов.- М: ФГБУ»НМИНЦ ПН им.В.П.Сербского» Минздрава России, 2019. -196с.

64. Кислицина, О.А. Подростки и алкоголь: факторы риска[Текст]/ О.А. Кислицина // Вопросы наркологии. - 2009. - № 2. - С. 66-76.

65. Клименко, Т.В., Игумнов, С.А., Благов Л.Н. Изучение клинических особенностей и патоморфоза психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением ПАВ: результаты комплексных исследований, проведенных в ННЦ Наркологии в 2018 г[Текст]/Т.В. Клименко, С.А. Игумнов, Л.Н. Благов Л.Н. //Вопросы наркологии. - 2019. - №1(17 2). - С. 17-25.

66. Климович, Е. А., Копытов, А.В., Михеенко, Н.В. Анализ мотива потребления алкоголя и его влияние на развитие зависимости у подростков [Текст] / Е. А. Климович, А. В. Копытов, Н. В. Михеенко // Медицинский журнал. - 2018. - № 1. - С. 88-92.

67. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике [Текст] / В. А. Абабков, А. В. Васильева, Б. А. Казаковцев [и др.] ; под ред.: Н. Г. Незнанова, Б. Д. Карвасарского. - М. : Питер, 2008. - 523 с.

68. Ковалев, А.А. Факторы риска, способствующие формированию пивного алкоголизма. Современные достижения наркологи [Текст] / А.А. Ковалев// Материалы конференции, посвященной 20-летию Национального научного центра наркологии.- М.- 2005.- С.61.

69. Комисаренко, И.А., Голованова, Е.В., Колечкина, И.А. Поражение сердца при алкогольном циррозе печени [Текст] /И.А. Комисаренко, Е.В.Голованова, И.А.Колечкина // Эффективная фармакотерапия.- 2013.- № 49.- С. 34-39.
70. Коннор, Д. Агрессия и антисоциальное поведение у детей и подростков[Текст] /Д. Коннор.- СПб: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005 -. 288 с.
71. Копытов, А.В. Особенности коморбидной психопатологической симптоматики у лиц мужского пола, страдающих алкогольной зависимостью[Текст] /А.В. Копытов // Наркология .- 2018.- № 17(4) – С. 51-59.
72. Копытов, А. В., Бутромеева, Е. А., Копытов, Ал. В. и др. Влияние социально-психологических факторов на формирование алкогольной зависимости у подростков мужского пола. [Текст] /А.В. Копытов, Е.А. Бутромеева, Ал. В. Копытов и др.// Здравоохранение. – 2012. – №1.- С.23-28.
73. Копытов, А. В., Скугаревский,О.А. Социальные аспекты риска алкогольной аддикции среди подростков и молодежи Республики Беларусь[Текст] / А. В. Копытов, О. А. Скугаревский // Социология. – 2013. – № 4. – С. 85-96.
74. Корабельникова, Е.А. Тревожные расстройства у подростков. [Текст] / Е.А.Корабельникова//Медицинский совет.-2018.-№18.- С.34-42.
75. Кошкина, Е.А. Нормативно-правовое сопровождение проблемы употребления наркотиков в Российской Федерации[Текст] / Е.А. Кошкина// Наркология : ежемесячный рецензируемый научно-практический журнал / Ред. Игонин. – 2011. – №12 . –С. 29-34
76. Кошкина, Е.А., Бедина, И.А., Алексеенко, А.О. Клинико-генетические аспекты алкогольной зависимости в подростковом и молодом возрасте [Текст] /Е.А. Кошкина, И.А.Бедина, А.О. Алексеенко // Вопросы наркологии.-2017. - № 8.- С. 124–125.

77. Кудака, М.А., Каракина, Т.Г. Характеристика особенностей социального интеллекта подростков, воспитывающихся в детских домах[Текст] / М.А.Кудака, Т.Г. Каракина // Гуманитарные научные исследования. – 2015. - № 8 [Электронный ресурс].- URL: http://human.snauka.ru/2015/08/12290 (дата обращения: 28.03.2019).
78. Кузнецов, И.А., Андрусеенко, А.А. Структура психической патологии у подростков с формирующийся химической зависимостью[Текст] / И.А.Кузнецов, А.А.Андрусеенко // Материалы 14 съезда психиатров России.- Москва:Медпрактика, 2005 - 206с.
79. Кучерова, М.С. Причины развития невротических расстройств в период подросткового юношеского возраста[Текст] / М.С.Кучерова// Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 11(6). – С. 888-891.
80. Лавренева, Г.В. Пиво и здоровье[Текст] / Г.В.Лавренева – СПб: Диалог, 2001. –112 с.
81. Леонтьева, М.В. Особенности распространения употребления алкоголя подростками и молодежью в образовательной среде [Текст]/М.В. Леонтьева // Вопросы наркологии. – 2007. – № 1 – С. 31–38.
82. Лечение неврастении у подростков [Текст] / Л. С. Чутко [и др.] // Русский медицинский журнал. - 2015. - № 3. - С. 122-125.
83. Личко, А. Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков и опыт его практического применения[Текст]/А.Е. Личко.- Л.: Медицина, 1976.-57с.
84. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации у подростков[Текст]/ А.Е. Личко.- 2-е изд. доп. и перераб. - Л: Медицина, 1983. - 255 с.
85. Логинов, И.П., Солодкая, Е.В. Уровень тревоги и депрессии у школьников-подростков,проживающих в сельской местности Хабаровского края. [Текст] / И.П. Логинов, Е.В.Солодкая // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным

участием «Психиатрия наэтапах реформ: проблемы и перспективы». – Казань. – 2015 – С.212-213.

86. Лозовая, Т.В. Профилактика зависимостей: семья: Пособие для родителей. — 2-е изд., испр. и доп[Текст] / Т.В. Лозовая, В.В. Лозовой.- Екатеринбург, 2002. —119с.
87. Маевская, М.В. Алкоголь, алкоголизм и связанные с ними последствия[Текст]/ М.В. Маевская // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии - 2013. - № 6. - С. 43-48.
88. Мазниченко, М. А, Нескоромных,Н.И. Профилактика социальных зависимостей: учим подростков управлять личным временем[Текст]/ М.А. Мазниченко, Н.И. Нескоромных // Народное образование. – 2014. – № 5. – С. 213-220.
89. Макаров, В.В. ,Саргсян, А.Х. Групповая полимодальная психотерапия алкоголизма у пациентов с характерными чертами «новейшей» социальной эпохи[Текст]/В.В. Макаров, А.Х.Саргсян // Наркология. - 2017.- № 1.- С. 55-61.
90. Марачев, М. П. Трудности терапии депрессии в условиях коморбидности (по материалам 24-го конгресса EPA, март 2016) [Текст]/М.П. Марачев//Психиатрия и психофармакотерапия. - 2016 - № 2 - С. 62-66.
91. Маркозова, Л.М. Сучасні проблеми поширення алкоголізму, наркоманії та токсикоманії[Текст]/Л.М. Маркозова // Укр.мед. альманах. – 2005. - №4 (додаток). – С.118 – 120.
92. Медик, В., Осипов, А. Университетское студенчество. Образ жизни и здоровье[Текст]/ / В. Медик, А. Осипов // Чело. – 2002. – № 3. – С. 3-12.
93. Менделевич, В.Д. Наркология в зеркале психиатрии[Текст]/В.Д. Менделевич// Вопросы наркологии. -2016.- № 5-6.- С.123-136.
94. Менделевич, В.Д. Проблема коморбидной патологии в аддиктологии[Текст]/В.Д. Менделевич// Руководство по аддиктологии. Под ред. проф. В.Д. Менделевича.- 2007. - С. 715-724.

95. Меринов, А.В., Шустов, Д.И., Лукашук, А.В. Детская и подростковая психиатрия. Учебное пособие[Текст]/ А.В. Меринов, Д.И. Шустов, А.В. Лукашук .- ФГБОУ ПО РязГМУ Минздрава России.- Рязань: РИО РязГМУ, 2016.- 132 с.

96. Меринов, А. В. Особенности психотерапии алкогольной зависимости с учетом варианта семейной динамики [Текст] / А. В. Меринов, Т. А. Меденцева // Вопросы наркологии. - 2017. - № 12. - С. 16-22.

97. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум [Текст] / сост. О.В. Барканова// [серия: Библиотека актуальной психологии] –Вып.2. – Красноярск: Литера-принт, 2009 – 237 с.

98. Минеев, В.Н. Алкоголизация населения – медико – социальная проблема [Текст] / В.Н. Минеев// Новые СПб врачебные ведомости. – 2005. - №2(32). – с.32 – 34.

99. Можгинский,Ю.Б. Психические болезни у подростков: психопатология, лечение: (клиническое руководство) [Текст] / Ю.Б. Можгинский.-М.: Триада-фарм, 2003 - 224 с.

100. Молодь та молодіжна політика в Україні: Соціально–демографічні аспекти [Текст] / За ред. Е. М. Лібанової // Інститут демографічних та соціальних досліджень ім. М. В. Птахи НАН України, 2010 – 129 с.

101. Мосина, О. А., Кущ, М. А. Анализ проблемы употребления алкоголя в подростковой среде [Текст] /О.А. Мосина, М.А. Кущ // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 29. – С. 65–69.

102. Национальный статистический комитет Республики Беларусь. Статистический сборник [Текст] // «Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2011». – Минск, 2011 – 634 с.

103. Николишин, А.Е., Гофман, А.Г., Немкова, Т.И. и др. Сочетание алкогольной зависимости и депрессивных расстройств [Текст] / А.Е.Николишин, А.Г. Гофман, Т .И.Немкова и др.// Вопросы наркологии.- 2015.-№ 5.- С. 66-78.

104. Новикова, А.А. Психологическая профилактика аддиктивного поведения подростков в условиях образовательного учреждения[Текст]/А.А. Новикова // Молодой ученый. -2009. - №5. - С. 191-198.

105. Новикова, И.А., Сидоров, П.И., Соловьев, А.Г. Социально-психологические особенности алкоголизации подростков[Текст]/ И.А.Новикова, П.И.Сидоров, А.Г.Соловьев// Экология человека. - 2008. - №7. – С. 30-34.

106. Нужный, В.П. Пиво:химический состав, пищевая ценность, биологическое действие и потребление [Текст]/ В.П. Нужный// Вопросы наркологии. – 1997. - №4. – С.68 – 76.

107. Нужный, В.П., Пометов, Ю.Д., Ковалева, А.В. Сравнительное исследование психо-физиологических эффектов водки, пива и слабоалкогольного газированного напитка [Текст] /В.П. Нужный, Ю.Д. Пометов, А.В. Ковалева // Вопросы наркологии. – 2003. - № 2. – С. 22-35.

108. Овчаренко, М.О., Овчаренко, Н.О Аналіз наркотизації учнів професійно-технічних училищ м.Северодонецька і факторів, які сприяють її розповсюдженості [Текст] / М.О. Овчаренко, Н.О. Овчаренко // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. - 2006. - N1. - С. 104-107.

109. Овчинников, О. М., Фортова, Л. К. Some features of pedagogical support of professional self-determination of students[Текст] /О.М.Овчинников, Л.К. Фортова // Перспективы науки.-2018. - № 9 (108). - С. 73–75.

110. Ойхер, Д.Я, Машкова, Е.Ю. Поколение Next выбирает… пиво? [Текст]/ Д.Я.Ойхер, Е.Ю.Машкова //Известия Уральского государственного университета.- 2005.- № 34.- С. 156—161.

111. Павлова, А.С., Еремеева, Т.Д. Аддиктивное поведение подростков[Текст]/ А.С. Павлова, Т.Д. Еремеева // Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2018.- Т.3, №1 (20) .- С.13-15.

112. Павловская, Г.П., Ружников, Ю.Н. Пивной алкоголизм: дебют и исход [Текст] / Г.П.Павловская, Ю.Н.Ружников // Известия Уральского государственного университета.- 2004. - №32. – С.157-160.

113. Палачева, Т.И., Жиляев, А.Г. Формирование соотношения подростка к проблеме наркотизации[Текст] /Т.И.Палачева, А.Г Жиляев// Материалы XIVмеждународных чтений, посвященных Л.С.Выготскому.- Москва,Тамбов, 2013 - С.177-186.

114. Пелипас, В.Е., Мирошниченко, Л.Д. Проблемы алкогольной политики [Текст] / Пелипас В.Е, Мирошниченко Л.Д. //Вопросы наркологии. – 2009. - №4. – С.98 – 118.

115. Погосов, А.В., Аносова, Е.В. Пивной алкоголизм у подростков. Клиническая картина, трансформация в другие формы зависимости, профилактика [Электронный ресурс] / А. В. Погосов, Е. В. Аносова// М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 240 с.

116. Погосов, А.В. Коморбидность психических и наркологических заболеваний (клинические и терапевтические аспекты) [Текст] / А.В'. Погосов.- Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2010. - 284 с.

117. Подоплекин, А.Н., Тамицкий, А.М. Об употреблении психоактивных веществ в образовательной среде Архангельской области [Текст] / А.Н. Подоплекин, А.М.Тамицкий // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. – 2013. – № 2. – С.39-45.

118. Потапов, О.В. Клиническая характеристика пациентов с расстройствами адаптации макросоциального генеза[Текст] /О.В. Потапов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии - 2011. - № 6. - С. 27–32.

119. Применение антидепрессантов для стабилизации ремиссии у больных алкогольной зависимостью с коморбидной аффективной патологией: пособие для врачей НИПНИ им. В. М. Бехтерева[Текст]/ С.М. Ериш, К.В. Рыбакова, Т.Г. Рыбакова, Е.М. Крупицкий.- СПб., 2011. – 33 с.

120. Применение методов ранней диагностики и профилактики аффективных расстройств у пациентов общесоматической сети, злоупотребляющих алкоголем: методические рекомендации НИПНИ им. В. М. Бехтерева[Текст]/ К. В. Рыбакова, А. П. Попов, Е. М. Крупицкий.- СПб., 2012. – 19 с.

121. Применение наркологического консультирования и краткой психокоррекционной интервенции в комплексной профилактике зависимости от алкоголя в работе бригад первичного звена амбулаторной и стационарной медицинской помощи: методические рекомендации / НИПНИ им. В. М. Бехтерева [Текст]/ А. В. Трусова, Е. М. Крупицкий.- СПб., 2012. – 19 с.

122. Пронин, Р.А., Дюжев, Д.В., Аблова, В.В. и.др. Особенности алкоголизма, сформировавшегося на фоне расстройства личности: клинический случай [Текст] /Р.А. Пронин, Д.В. Дюжев, В.В. Аблова и.др // Наркология.- 2018.-№ 2.- С. 61-71.

123. Проскурина, Т. Ю., Михайлова, Э. А., Матковская, Т. Н. Медико-психологический аспект неврастении у подростков[Текст] / Т.Ю.Проскурина, Э.А. Михайлова, Т.Н. Матковская // Медицинские исследования. — 2001. -Т. 1, вып. 1.-С. 28–29.

124. Профілактика поширення наркозалежності серед молоді: Навчально–методичний посібник [Текст]/ Під ред. В. В. Бурлаки// Київ: Герб, 2008.- 224 с.

125. Психиатрия и наркология[Текст] / В.Д. Менделевич и др - М.: Академия, 2015. - 368 с.

126. Психическое здоровье студентов [Текст] / А. В. Сахаров, О. А. Тимкина, Н.В. Говорин// Читинская гос. мед. академия. - Томск : Иван Федоров, 2018 -99 с. : ил., табл. - Библиогр.: с. 82-97 (136 назв.).

127. Психотерапевтические подходы к лечению пациентов с наркотической зависимостью: методические рекомендации НИПНИ им. В. М.

Бехтерева[Текст]/ Р. К. Назыров, С. В. Ляшковская, В. В. Холявко и др.- СПб., 2014. – 21 с.

128. Птицына, Н. А., Зубарева, Л.В. Гендерные аспекты аддиктивного поведения в студенческой среде [Текст] / Н. А. Птицына, Л. В. Зубарева // Женщина в российском обществе. – 2010. – № 2. – С. 80-92.

129. Пятницкая, И. Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма[Текст] / И. Н. Пятницкая.- М.: Медицина, 1988. - 288 с

130. Пятницкая, И.Н. Клиническая наркология [Текст]//Ленинград: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1975. - 333 с.

131. Разводовский, Ю. Е. Алкогольная политика в республике Беларусь на современном этапе. [Текст] / Ю. Е. Разводовский // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – № 3. – С. 38–45.

132. Разводовский, Ю. Е. Продажа алкоголя и эпидемиология алкоголизма в Беларуси [Текст] / Ю. Е. Разводовский // Психиатрия. – 2009. – №2. – С.35-43.

133. Разводовский, Ю. Е., Вэлком, М. О., Переверзева, Е. В. и др.Влияние эпизодического употребления алкоголя на высшие интегративные функции мозга и психическую адаптацию студентов[Текст]/Ю.Е. Разводовский, М.О.Вэлком, Е.В. Переверзева и др // Наркология. – 2014. – № 7. – С.67 -74.

134. Родяшин, Е.В., Зотов,П.Б., Габсалямов, И.Н. и др. Алкоголь среди факторов смертности от внешних причин [Текст]/ Е.В.Родяшин, П.Б.Зотов, И.Н. Габсалямов и др. // Суицидология.- 2010.- № 1.- С.21-23.

135. Розанов, В.А. Рост нарушений психического здоровья в мире – психиатрическая эпидемиология современности [Текст] /В.А. Розанов// Уральский журнал психиатрии, наркологии и психотерапии. - 2015. - Т.3. - С. 6–21.

136. Розанов, В.А., Уханова, А.И., Волканова, А.С. и др. Стресс и суицидальные мысли у подростков [Текст] /В.А. Розанов, А.И. Уханова, А.С.Волканова и др // Суицидология. - 2016. - Т.7.- № 3. - С. 20–32.

137. Ромодина, А.М. Современные зависимости молодого поколения[Текст] / А.М.Ромодина // Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области.- 2018. – Т.1, №3 (22) . – С.55 -61.

138. Рощина, О.В., Пешковская, А.Г., Белокрылов, И.И. Коморбидные сочетания алкогольной зависимости и депрессивных расстройств[Текст] / О.В.Рощина, А.Г. Пешковская, И.И. Белокрылов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2018.-№ 4 (101).-С. 40–45.

139. Руженков, В.А., Лукьянцева, И.С. Новые возможности клинической скрининг-диагностики риска формирования аддиктивного и зависимого поведения [Текст] / В. А. Руженков, И. С. Лукьянцева // Научные ведомости БелГУ. Сер. Медицина. Фар-мация. – 2016. – № 19 (240).-вып. 35. – С. 36-47.

140. Саргсян, А.Х., Калмыкова, И.Ю., Макаров, В.В. и др. Динамика психометрических показателей в процессе психотерапии у зависимых от алкоголя [Текст] / А.Х.Саргсян, И.Ю Калмыкова, В.В.Макаров и др //. Наркология.- 2018.-№ 17(10).-С. 80-84.

141. Сахаров, А.В., Голыгина, С.Е., Мындускин, И.В. Химические аддикции среди пациентов с психическими расстройствами [Текст] / А.В.Сахаров, С.Е.Голыгина, И.В. Мындускин // Наркология.- 2018.-№ 3.-С. 67-70.

142. Сахаров, А.В., Тимкина, О.А., Говорин, Н.В. Аддиктивные расстройства у студентов учебных заведений разных типов Забайкальского края [Текст]/ А.В.Сахаров, О.А. Тимкина, Н.В. Говорин //Вопросы наркологии.-2018.-№ 6 .- С. 7-16.

143. Сегал, Б.М. Алкоголизм, клинические, социально-психологические и биологические проблемы [Текст]/ Б.М.Сегал.- М., "Медицина", 1967.- 583 с.

144. Сирота, Н.А., Ялтонский, В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма[Текст]/Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский.- М.: Академия.- 2008.- 176 с.

145. Скворцова, Е.С. Факторы риска (курение, алкоголизация, наркотизация) в образе жизни современных подростков[Текст]/Е.С. Скворцова// Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией: сб. науч. работ, посвящ. 70-летию со дня рождения и 45-летию врачебной научной и общественной деятельности д.м.н., проф. Г.М. Энтина.- М.; Орел, 1994.- С. 55–59.

146. Скворцова, Е.С. Характеристика потребления алкоголя подростками-школьниками, проживающими в сельской местности в 2016 -2017гг[Текст]/ Е.С.Скворцова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики.-2018. - №2.- С.52-63.

147. Смулевич, А.Б. Астения и коморбидные психические расстройства[Текст]/ А. Б.Смулевич, Э. Б. Дубницкая // Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина. – 2009. – Т. 11, №4. – С.4-7.

148. Соколовская, Т.А. Детский алкоголизм – современное состояние проблемы в Российской Федерации и системы стандартизации противодействия их распространению [Текст] / Т. А. Соколовская // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2014. - № 11- 12. - С. 41-46.

149. Солодкая, Е.В., Сысоева, О.В. Психическое здоровье студентов-медиков[Текст] / Е.В. Солодкая, О.В. Сысоева // Актуальные медико-психолого-педагогические проблемыпрофессионального образования: интеграция науки и практики. Материалы III международной научно-практической конференции. – Хабаровск. – 2016– С.144-148.

150. Солодкая,Е.В, Логинов, И.П., Савин, С.З. и др.. Информативная значимость факторов непсихотических депрессивных расстройств у подростков (сравнительное иследование) [Текст] / Е.В. Солодкая, И.П. Логинов, С.З. Савин и др. //Дальневосточный медицинский журнал. – 2018 – №4. – С.53-57.

151. Сосин, И.К., Чуев, Ю.Ф. О наркологической ситуации в Украине [Текст] /И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев// Український вісник психоневрології.-2010.- Т. 18.- вып. 3 (64). – С.174.

152. Суетина, О.А. Психогенно обусловленные расстройства адаптации у подростков с непсихотической психической патологией [Текст] / О.А.Суетина // Психиатрия. -2004.- №2.- С. 42-48.

153. Табачніков, С.І, Гапонов, К.Д. Психосоціальні, клінічні та терапевтичні аспекти сучасного патоморфозу алкогольної залежності[Текст]/ С.І. Табачніков, К.Д. Гапонов // Архів психіатрії. - 2012. - Т. 18, № 1 .- С. 53-60.

154. Тазуркаев, У.И. Проблема алкоголизма среди подрастающего поколения[Текст]/ У.И.Тазуркаев // Молодой ученый. - 2015. - №17. - С. 488-491. — URL https://moluch.ru/archive/97/21702/ (дата обращения: 17.07.2019)

155. Татиева, Р.Ж. Депрессивные расстройства при алкоголизме [Текст]/ Р.Ж.Татиева //Вестник Казахского Национального Медицинского Университета – 2014. - №2(2)- С.73.

156. Терещенко А.Г., Бубнова И.С., Черных Г. К. Структура бессознательных процессов разновозрастных групп как фактор их социально-психологической адаптации[Текст]/А.Г. Терещенко, И.С. Бубнова,Г.К. Черных // В мире научных открытий. – 2015. – № 9.1 (69). – С. 214–232.

157. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния[Текст]/ Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. // Вопросы психологии. – 1973. – № 6. – С.141-145.

158. Техтерекова, Ю.А. Отношение современных подростков к употреблению психоактивных веществ[Текст] /Ю.А. Техтерекова // Современные научные исследования и инновации.- 2015.- №9.- Ч. 2 [Электронный ресурс].- URL: http://web.snauka.ru/issues/2015/09/46980 (дата обращения: 05.02.2020).

159. Третьяк, Л.Л. Терапия обсессивных расстройств [Текст]/Л.Л. Третьяк //Психотерапия.- 2017.- №9 (177).-С.69-72.

160. Турсынов, Н.И, Григолашвили, М.А., Хан, С. и др.Современные подходы к лечению неврозов у взрослых и детей[Текст]/Н.И. Турсынов, М.А.Григолашвили, С.Хан и др // Нейрохирургия и неврология Казахстана. – 2016. - №2(43).- С.52-56.

161. Усенкова, Е. В. Профилактика аддиктивного поведения подростков как психолого-педагогическая проблема [Текст] / Е. В. Усенкова // Молодой ученый. – 2013. – № 9. – С. 409-411.

162. Усманов, С. Г. «Эго» наркозависимых как «терапевтическая мишень» реабилитации [Текст] / С. Г. Усманов // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. – 2006. – Т. 3.- № 20. – С. 139-141.

163. Уханова, А.И., Розанов, В.А. Смена места жительства в структуре социально-экономических детерминант психического здоровья старших школьников[Текст] /А.И. Уханова, В.А.Розанов // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. - 2017. - Т. 9.- № 3. - С. 10 [Электронный ресурс]. URL: http://mprj.ru].

164. Учебный стресс и состояние психического здоровья студентов медицинского института 1 курса [Текст] / В. В. Руженкова, В. А. Руженков, Ю. Н. Гомеляк [и др.] // Актуальные вопросы совершенствования медицинской помощи и профессионального медицинского образования [Текст] : сб. тез. мед. форума, Белгород, 15-16 марта 2017 г. / М-во образования и науки РФ, НИУ БелГУ, Мед. ин-т ; под ред. Н. И. Жернаковой, Е. Н. Крикуна, О. А. Ефремовой.- Белгород, 2017. – С. 121-123.

165. Федорова, С.С. Гендерные особенности формирования алкогольной зависимости у лиц с коморбидными тревожными и депрессивными

расстройствами [Текст] /С.С. Федорова // Неврологический вестник .-2014.-№1.-С. 38-40.

166. Федоткина, С.А. Комплексное социально -гигиеническое исследование самосохранительного поведения и здоровья молодежи России: автореф. дис. … д-ра мед. наук. М.,- 2014.- 44 с.

167. Харченко, Е.Н., Харчук, Е.В., Трофимчук, Г.Е. и др. Состояние проблемы игровой и алкогольной зависимости на современном этапе [Текст] / Е.Н..Харченко, Е.В. Харчук, , Г.Е. Трофимчук и др // Архив психиатрии. –2010.--№4(63).-С.45-53.

168. Черкасова, А.А. Жизненные ценности студенческой молодежи в России и США: социологический анализ: Автореф. дисс… канд. социол. Наук. Екатеринбург.- 2012.- 26 с.

169. Чутко, Л.С., Сурушкина, С.Ю., Яковенко, Е.А. и др. Неврастения у подростков. Клинические проявления и лечение [Текст]/Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина, Е.А.Яковенко и др // Consilium Medicum. Педиатрия (Прил.). - 2016 - № 3. –С. 79–82.

170. Шайдукова, Л.К., Гилязева, Г.А. Депрессивные расстройства в клинике женского алкоголизма[Текст]/Л.К. Шайдукова, Г.А.Гилязева// Наркология.-2018.-№ 3.-.С. 93-100.

171. Шик, С. В. Дефициты самопонимания как факторы риска аддиктивного поведения старших подростков [Текст] / С. В. Шик // Вестник Красноярского госу-дарственного педагогического университета им. В. П. Астафьева. – 2014. – № 1 (27). – С. 175-179.

172. Шилякова, А.Ю. Подростковый алкоголизм [Текст] /А.Ю. Шилякова // Гуманитарные научные исследования.- 2013.- № 6.- URL: http://human.snauka.ru/2013/06/3232/ (дата обращения: 25.06.2019).

173. Шитов, Е. А. Психологические игры в семьях больных алкогольной зависимостью [Текст] / Е. А. Шитов, А. В. Меринов // Медицинская сестра. - 2018. - № 1. - С. 32-35.

174. Шпаченко, В.М. Структура употребления алкоголя школьниками 8 – 11 классов общеобразовательных школ крупного промышленного города центра Украины [Текст] /В.М. Шпаченко //Архів психіатрії.-2003.- Т.9. - №3(34).- С. 164 - 167.

175. Шубникова, Е.Г. Технологии педагогической профилактики зависимого поведения детей и молодежи[Текст]/Е.Г. Шубникова. – М.: Современное образование, 2015. – 151с

176. Шубникова, Е. Г. Педагогическая профилактика зависимого поведения подростков [Текст]/ Е. Г. Шубникова // Педагогика. – 2016. – № 7. – С. 75-81.

177. Эпидемиологическая ситуация по употреблению психоактивных веществ в Украине / С. И. Табачников, Д. С. Лебедев, Г. Е. Трофимчук и др. // Архив психиатрии. - 2009. - Т. 15, №1 (56). - С. 81-88.

178. Яковлев, С. А. Алкоголь и ваша жизнь[Текст]/ С.А. Яковлев.- М.: Диля, 2014. - 224 с.

179. Янушко, П.С., Гущина, О.В. Исследование аффективных расстройств у пациентов с алкогольной зависимостью[Текст]/П.С. Янушко, О.В. Гущина// Бюллетень медицинских Интернет конференций.- 2014.-№ 4(4). -С. 381.

180. Яхин, К.К., Менделевич, Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний[Текст] /К.К. Яхин, Д.М. Менделевич.- Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие. Ред. В.Д.Менделевич. – М., 2005.- 432с.

181. Abdallah, A. R. Depression, anxiety and stress among first year medical students in an Egyptian public university [Text] / A. R. Abdallah, H. M. Gabr // Int. Res. J. Med. Med. Sci. – 2014. – Vol. 2.-No.1. – P. 11-19

182. Aggarwal, S., Berk, M. Evolution of adolescent mental health in a rapidly changing socioeconomic environment: a review of mental health studies in adolescents in India over last 10 years[Text]/ S. Aggarwal, M. Berk // Asian J. Psychiatr. - 2015. - Vol.13. - P. 3–12.

183. Alcohol Use Disorders Identification Test[Text]// Arch Intern Med.- 1998.- Sep 1998.- No. (16).- P.1789-1795.

184. Balhara ,Y.P.S., Gupta, R., Lal, R. Time trend for substance use disorder and psychiatric disorders among patients seeking treatment from a dual diagnosis clinic of a tertiary care substance use disorder treatment centre in India[Text]/ Y.P.S .Balhara , R. Gupta , R. Lal// ASEAN Journal of Psychiatry.- 2016.- Vol .17.- No. (2).- P.16-20.

185. Barnett, N.P., Celio, M.A., Tidey, J.W., et al. A preliminary randomized controlled trial of contingency management for alcohol use reduction using a transdermal alcohol senso [Text] / N.P Barnett, M.A Celio, J.W Tidey[et al.]// Addiction.- 2017.- Vol. 112.- No. (6).- P.1025.

186. Besheer, J., Frisbee, S., Randall, P.A., et al. Gabapentin potentiates sensitivity to the interoceptive effects of alcohol and increases alcohol self-administration in rats [Text] / J. Besheer, S. Frisbee, P.A. Randall [et al.]// Neuropharmacology-. 2016.- Vol.101.- P.216-224.

187. Boden, J.M., Foulds, J.A., Horwood, L.J. Examination of a possible J-shaped relationship between alcohol consumption and internalizing disorders in a longitudinal birth cohort[Text]/ J.M. Boden, J.A. Foulds, L.J. Horwood// Drug Alcohol Depend.- 2016.- Vol. 162.- P.88-91.

188. Bor, W., Dean, A.J., Najman, J. et al. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review[Text]/ W. Bor , A.J Dean, J. NajmanJ., et al // Aust. NZ J. Psychiatry. - 2014. -Vol.48. - P. 606–610.

189. Borges, G., Bagge, C.L., Cherpitel, C.J., et al. A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt[Text]/ G. Borges, C.L. Bagge, C.J. Cherpitel [et al.] // Psychol Med.- 2017.- Vol. 47.- No. (5).-P.949-957.

190. Boscarino, J.A., Moorman,A.C., Rupp, L.B., et al. Comparison of ICD-9 codes for depression and alcohol misuse to survey instruments suggests these

codes should be used with caution[Text]/ J.A .Boscarino, A.C. Moorman, L.B Rupp[et al.] //. Dig Dis Sci.-. 2017.- Vol. 62.-P.2704-2712.

191. Bradley, K.A. et al. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. [Text]/ K.A.Bradley et al. // Alcohol Clin Exp Res. - 2007 Jul.- Vol 31.- No. (7). –P. 1208-17.

192. Breese, GR, Overstreet, DH, Knapp, DJ. Conceptual framework for the etiology of alcoholism: a "kindling"/stress hypothesis. [Text]/ G.R, Breese, D.H Overstreet, D.J Knapp // Psychopharmacology (Berl).- 2005.- Vol. 178.-P.367–380.

193. Cerdá, M., Moffitt, T.E., Meier, M.H.,et al. Persistent cannabis dependence and alcohol dependence represent risks for midlife economic and social problems: a longitudinal cohort study[Text]/M. Cerdá,T.E. Moffitt, M.H. Meier, [et al.] // Clin Psychol Sci.- 2016.- Vol 4.- No. (6).-P.1028-1046.

194. Chaudhury, S., Saldanha, D., Saini, R, et al. Comorbid Psychiatric Disorders in Alcohol Dependence: A Control Study[Text]/ S. Chaudhury., D. Saldanha , R. Sain i[et al.]// J Psychiatry.- 2018.- Vol. 21.-P.442. doi:10.4172/2378-5756.1000442.

195. Cherukunnath, P., Palayat, A.M., Divakaran, B., et al. Psychiatric comorbidity in alcohol dependent outpatients in tertiary care centre[Text]/P. Cherukunnath , A.M.Palaya,B. Divakaran. [et al.]// Journal of medical science and clinical research.- 2016.- Vol. 4.- No. (3).-P.9880–9890

196. Chronic stress and suicidal thinking among medical students [Text] / A. Rosiek, A. Rosiek-Kryszewska, Ł. Leksowski [et al.] // Int. J. Environ. Res. Public. Health. – 2016. – Vol. 13.- No. 2. – P. 212.

197. Chukwujekwu, C.D. Commentary on the comorbidity of alcohol use disorder and depression among patients attending a tertiary hospital in the Niger Delta Region of Nigeria[Text] /C. D .Chukwujekwu // J Addict Res Ther.-2017.- Vol. 8.-P.319. doi:10.4172/2155-6105.1000319

198. Chung, J.Y., Ho, C.H., Chen, Y.C., et al. Association between acute methanol poisoning and subsequent mortality: a nationwide study in Taiwan[Text]/ J.Y. Chung,C.H. Ho, Y.C. Chen[et al.]// BMC Public Health.- 2018.- Vol. 18.- No. (1).-P.985. doi: 10.1186/s12889-018-5918-3.

199. Collishaw, S. Annual research review: Secular trends in child and adolescent mental health[Text]/ S. Collishaw // J. Child. Psychol. Psychiatry. - 2015. - Vol.56. - P. 370–393.

200. Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity comorbidity of 22 cases [Text] / A. Müller, A. Silbermann, M. Kadegge-Schindler [et al.] // J. Psychosom. Res. – 2004. – Vol. 56.- No. 6. – P. 655.

201. Conway, K.P., Swendsen, J., Husky, M.M., et al. Association of lifetime mental disorders and subsequent alcohol and illicit drug use: results from the national comorbidity survey-adolescent supplement[Text]/K.P. Conway, J. Swendsen, M.M.Husky[et al.]// J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.- 2016.- Vol. 55.- No. (4).-P.280-288.

202. Daurio, A.M, Aston, S.A., Schwandt, M.L., et al . Impulsive personality traits mediate the relationship between adult attention deficit hyperactivity symptoms and alcohol dependence severity[Text]/A.M. Daurio, S.A Aston, M.L .Schwandt [et al.]// Alcohol Clin Exp Res.- 2017.- Vol. 42.-P.173-183.

203. Degenhardt, L., Saha ,S., Lim, C.C., et al. The associations between psychotic experiences and substance use and substance use disorders: findings from the World Health Organization World Mental Health surveys[Text] / L .Degenhardt , S..Saha,C.C. Lim [et al.] // Addiction.- 2018.- Vol. 113.- No. (5).-P.924-934.

204. Esposito-Smythers C., Rallis B., Machell K., et al. Brief interventions for adolescents with substance abuse and comorbid psychiatric problems[Text] /C. Esposito-Smythers,B. Rallis,K. Machell [et al.] // Brief interventions for adolescent alcohol and substance abuse / P.M. Monti, S.M. Colby, T.O. Tevyaw (Eds.). – The Guilford Press, 2018. – P.188-212.

205. Farmer, A., Fowler, T., Scourfield ,J., et al. Prevalence of chronic disabling fatigue in children and adolescents [Text] /A. Farmer,T. Fowler, J. Scourfield[et al.] // Br J Psychiatry. - 2004. - Vol. 184. - P.477–481.

206. Fergusson, D.M, Boden, J.M, Horwood, L.J. Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression[Text] / D.M .Fergusson, J.M. Boden, L.J. Horwood // Archives of General Psychiatry.- 2009.- Vol. 66.-P.260–266.

207. Gauba, D., Thomas, P., Balhara, Y.P.S, et al. Psychiatric comorbidity and physical correlates in alcohol-dependent patients [Text] / , D .Gauba, P. Thomas, Y.P.S .Balhara [et al.] // Indian J Psychol Med.- 2016/- Vol /38(5).-P.414-418.

208. Gilpin, N.W., Weiner, J.L. Neurobiology of comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol-use disorder[Text] / N.W. Gilpin, J.L. Weiner [et al.] // Weiner Genes Brain Behav.- 2017.- Vol. 16.- No. (1).-P.15-43.

209. Gimeno, C., Dorado, M.L., Roncero, C., et al. Treatment of Comorbid Alcohol Dependence and Anxiety Disorder: Review of the Scientific Evidence and Recommendations for Treatmen[Text] /C. Gimeno, M.L .Dorado, C.Roncero[et al.]// Front. Psychiatr.- 2017.- Vol .8.-P.173. doi: 10.3389/fpsyt.2017.00173

210. Goldstein, A.L, Flett, G.L. Personality, alcohol use, drinking motives: a comparison of independent and combined internal drinking motives groups [Text]/ A.L. Goldstein AL, G.L Flett // Behavior Modification. - 2009.- Vol .33.-P.182–198.

211. Grant, B.F., Chou, S.P., Saha, T.D., et al. Prevalence of 12-month alcohol use, high-risk drinking, and DSM-IV alcohol use disorder in the United States, 2001-2002 to 2012-2013: results from the National epidemiologic survey on alcohol and related conditions[Text]/ B.F. Grant, S.P. Chou, T.D. Saha [et al.] // JAMA Psychiatry.- 2017.- Vol 74.-P.911-923.

212. Hunt, G.E., Malhi, G.S., Cleary, M., et al. Comorbidity of bipolar and substance use disorders in national surveys of general populations, 1990–2015:

Systematic review and meta-analysis[Text]/ G.E .Hunt, G.S. Malhi,M. Cleary[et al.] //. J Affect Disord.- 2016.- Vol. 206.-P.321-330.

213. Jackson, K.M., Janssen, T., Gabrielli, J. Media/Marketing Influences on Adolescent and Young Adult Substance Abuse [Text]/ K.M.Jackson,T. Janssen, J.Gabrielli // Curr Addict Rep-. 2018.- Vol.1- P.12.

214. Jarrett, M.A., Ollendick, T.H. A Conceptual Review of the Comorbidity of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder and Anxiety: Implications for Future Research and Practice [Text] / M.A.Jarrett,T.H.Ollendick // Clinical Psychology Review. - 2008. -Vol. 28.- No. (7). - P. 1266–1280.

215. Jernigan ,D.H, Padon, A., Ross, C. Self-Reported Youth and Adult Exposure to Alcohol Marketing in Traditional and Digital Media: Results of a Pilot Survey[Text]/ D.H Jernigan, A. Padon, C. Ross// Alcohol Clin Exp Res.- 2017.- Vol .41.- No. (3).-P.618-625.

216. Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Miech, R. A., et al . Monitoring the Future national survey results on drug use: 1975-2013: Overview, key findings on adolescent drug use[Text]/ L. D. Johnston,P.M. O'Malley, R. A. Miech, R. A. [et al.].- Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan. – 2014. – 84 pp.

217. Kanika, M., Chand, P.K., Marimuthu, L.N., et al. Addiction severity and comorbidity among women with alcohol use disorders: a hospital-based study from India[Text]/M. Kanika ,P.K. Chand, L.N. Marimuthu[et al.] // Asian Journal Of Psychiatry-. 2017.- Vol. 28.-P.67-72.

218. Kuo, P.H, Gardner, C.O, Kendler, K.S, et al. The temporal relationship of the onsets of alcohol dependence and major depression: using a genetically informative study design [Text]/P.H. Kuo,.C.O. Gardne, K.S. Kendler, K.S [et al.] // Psychological Medicine. – 2006.- Vol 36. - P.1153–1162.

219. Lamb, K.E., Thornton, L.E., Teychenne, M., et al. Associations between access to alcohol outlets and alcohol intake and depressive symptoms in women from socioeconomically disadvantaged neighbourhoods in Australia[Text]/

K.E.Lamb, L.E. Thornton, M. Teychenne [et al.] //. BMC Public Health.- 2017.- Vol 17.- No. (1).-P.83. doi: 10.1186/s12889-017-4022-4.

220. Lane, S.P., Carpenter, R.W., Sher, K.J., et al. AlcoholCraving and Consumption in Borderline Personality Disorder:When, Where, and with Whom[Text]/ S.P. Lane, R.W.Carpenter, K.J. Sher [et al.] // Clin. Psychol. Science.- 2016.- Vol .4.- No. (5).-P. 775-792.

221. Lazarus, S.A., Beardslee, J., Pedersen, S.L., et al. AWithin-Person Analysis of the Association between BorderlinePersonality Disorder and Alcohol Use in Adolescents[Text]/ S.A. Lazarus, J.Beardslee, S.L .Pedersen[et al.] // Abnorm ChildPsychol. – 2017.- Vol. 45.- No. (6).-P. 1157-1167.

222. Martinotti, G., Orsolini, L., Fornaro, M, et al . Aripiprazole for relapse prevention and craving in alcohol use disorder: current evidence and future perspectives[Text]/ G. Martinotti, L. Orsolini, M. Fornaro [et al.] // Expert Opin Investig Drugs.- 2016.- Vol 25.-P.719-728.

223. McDonell, M.G., Leickly, E., McPherson, S., et al. A Randomized Controlled Trial of Ethyl Glucuronide-Based Contingency Management for Outpatients With Co-Occurring Alcohol Use Disorders and Serious Mental Illness[Text]/ M.G .McDonell M.G.,E. Leickly, S. McPherson [et al.]// Am J Psychiatry.- 2017.- Vol .174.- No. (4).-P.370.

224. Meier, M.H., Hall, W., Caspi, A, et al. Which adolescents develop persistent substance dependence in adulthood? Using population-representative longitudinal data to inform universal risk assessment[Text]/ M.H.Meier, W. Hall, W.,A. Caspi, et a.l// Psychol Med.- 2016.- Vol. 46(4).-P.877-889.

225. Melaku, L. Stress among Medical Students and Its Association with Substance Use and Academic Performance [Electronic resource] / L. Melaku, A. Mossie, A. Negash // J. Biomed. Educ. – 2015. – Vol. 20-P. 229-233.

226. Mersfelder, T.L, Nichols, W.H. Gabapentin: abuse, dependence, and withdrawal[Text]/ T.L. Mersfelder, W.H. Nichols// Ann Pharmacother.- 2016.- Vol. 50.-P. 229-233.

227. Nanjayya, S.B., Hazari, N., Elwadhi, D., et al. Prevalence of dual diagnosis among clinic attending patients in a de-addiction centre of a tertiary care hospital[Text]/ S.B. Nanjayya, N .Hazari, D. Elwadhi [et al.]//. Asian Journal Of Psychiatry.- 2017.- Vol. 25.-P.169-174.

228. Newton-Howes, G., Boden, J.M. Relation between age of first drinking and mental health and alcohol and drug disorders in adulthood: evidence from a 35-year cohort study[Text]/ G. Newton-Howes, J.M. Boden// Addiction.-. 2016.- Vol. 11.-No.(4).—P.637-644.

229. Nubukpo, P., Girard ,M., Sengelen ,J., et al. A prospective hospital study of alcohol use disorders, comorbid psychiatric conditions and withdrawal prognosis[Text]/P. Nubukpo, M.Girard., J. Sengelen [et al.] //Ann Gen Psychiatr.- 2016.- Vol. 15.- No. 1.-P.22. doi: 10.1186/s12991-016-0111-5

230. Odlaug, B.L., Gual, A., DeCourcy, J., et al. Alcohol dependence, co-occurring conditions and attributable burden[Text]/ B.L. Odlaug, A. Gual , J. DeCourcy, [et al.].// Alcohol and Alcoholism-. 2016.- Vol 51.-P.201-209.

231. Onyekwere, N., Nwadiuto, I., Maleghemi S., ., et al.Methanol poisoning in South-South Nigeria: reflections on the outbreak response[Text]/ N. Onyekwere, I .Nwadiuto., S.. Maleghemi [et al.] //J Public Health Afr.- 2018.- Vol 9.- No. 1.- P.748. doi: 10.4081/jphia.2018.748

232. Perceived stress and associated factors among medical students [Text] / A. A. Saeed, A. A. Bahnassy, N. A. Al-Hamdan [et al.] // J. Family Community Med. – 2016. – Vol. 23.- No. 3. – P. 166-171.

233. Petrakis, I.L., Simpson, T.L. Posttraumatic stress disorder and alcohol use disorder: a critical review иof pharmacologic treatments[Text]/ Alcohol Clin Exp Res-. 2017.- Vol. 41.- No. 2.-P.226-237.

234. Petticrew, M., Shemilt, I., Lorenc, T., et al. Alcohol advertising and public health: systems perspectives versus narrow perspectives[Text]/M. Petticrew, I.Shemilt, T. Lorenc [et al.].// . J Epidemiol Community Health.- 2017.- Vol 71.- No. 3.-P.308-312.

235. Politis, S., Magklara,K., Petrikis, P., et al. Epidemiology and comorbidity of obsessive-compulsive disorder in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece[Text]/ S.Politis,K. Magklara,P. Petrikis, [et al.].// . Int J Psychiatry Clin Pract.- 2017.- Vol. 21.- No. 3.-P.188-194.

236. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospec-tive medical students [Text] / M. S. Yusoff, A. F. Abdul Rahim, A. A. Baba [et al.] // Asian J. Psychiatr. – 2013. – Vol. 6.- No. 2. – P. 128-133.

237. Prevalence of depression and its associated factors among medical students: a study using beck depression inventory [Text] / R. C. Sharma, D. D. Sharma, N. Kanwar [et al.] // Int. J. Res. Med. Sci. – 2017. – Vol. 5, No.11. – P. 5036-5040.

238. Ravikanth, T., Sultan, S. The prevalence of psychiatric comorbidity and its relationship to the severity of alcohol dependence in the population of rural south India. Middle [Text] /T. Ravikanth, S. Sultan// East Curr Psychiatry.- 2020.- Vol. 27, No.1: URL: https://link.springer.com/article/10.1186/s43045-019-0010-y#Fun

239. Rimes, K.A., Goodman, R., Hotopf, M., et al. Incidence, prognosis, and risk factors for fatigue and chronic fatigue syndrome in adolescents: a prospective community study[Text] /K.A. Rimes, R. Goodman,M. Hotopf [et al.] // Pediatrics. - 2007. - Vol. 119.- No. 3. - P.133-139.

240. Rincon-Hoyos, H.G., Castillo, A., Prada, S.I. Alcohol use disorders and psychiatric diseases in Colombia[Text]/ H.G. Rincon-Hoyos,A. Castillo, S.I Prada// Colomb Med (Cali).- 2016.- Vol 47.- No. 1.-P.31-37.

241. Rolland, B., Paille, F., Gillet, C., et al. Pharmacotherapy for alcohol dependence: the 2015 recommendations of the French Alcohol Society, issued in partnership with the European Federation of Addiction Societies[Text]/ B.Rolland, F.Paille , C.Gillet [et al.] // CNS Neurosci Ther.- 2016.- Vol 2.-No.1.- P.25-37.

242. Rossow ,I., Felix, L., Keating, P., et al.Parental drinking and adverse outcomes in children: A scoping review of cohort studies[Text]/ I. Rossow,

L.Felix, P.Keating[et al.] // Drug Alcohol Rev.- 2016.- Vol.35.- No. (4).P.397-405.

243. Scalzo, F., Hulbert, C.A., Betts, J.K., et al. Substance Use in Youth With Borderline Personality Disorder [Text]/ F.Scalzo,C.A. Hulbert, J.K .Betts[et al.] // Pers Disord.- 2017.- Vol 9.-P. 1-16. doi: 10.1521/pedi_2017_31_330. [Epubahead of print] [Электронный ресурс]. Режим доступа:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29120279 (дата обращения: 15.01.2018).

244. Schjerning, O., Rosenzweig, M., Pottega, A., et al. Abuse potential of pregabalin: a systematic review[Text]/O. Schjerning,M. Rosenzweig,A. Pottega , [et al.]// CNS Drugs.- 2016.- Vol 30.- No. (1).-P.9-25.

245. Schneier, F.R, Foose,T.E, Hasin, D.S, et al. Social anxiety disorder and alcohol use disorder co-morbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions[Text]/ F.R Schneier,T.E. Foose. D.S Hasin[et al.]// Psychological Medicine. – 2010.- Vol.40.-P.977–988.

246. Singh, A., Kumar, S., Sharma, C.S., et al. Other psychiatric comorbidities in male patients of alcohol dependence syndrome: a cross sectional study[Text]/ A.Singh, S. Kumar , C.S .Sharma [et al.] // Indian Journal of Basic and Applied Medical Research.- 2016.- Vol.5.-P.828-838.

247. Singh, S., Balhara, Y.P. A Review of Indian research on co-occurring psychiatric disorders and alcohol use disorders[Text]/ S .Singh, Y.P. Balhara // Indian J Psychol Med.- 2016.- Vol.38.-P.10-19.

248. Smith ,J.P, Book, S.W. Comorbidity of generalized anxiety disorder and alcohol use disorders among individuals seeking outpatient substance abuse treatment[Text]/ J.P Smith, S.W Book// Addictive Behaviors. – 2010.- Vol.35.- P.42–45.

249. Soyka, M., Friede ,M., Schnitker, J. Comparing nalmefene and naltrexone in alcohol dependence: are there any differences? Results from an indirect meta-analysis[Text]/M. Soyka,M. Friede, J. Schnitker// Pharmacopsychiatry.- 2016.- Vol.49.-P.66-75.

250. Soyka, M., Kranzler, H.R., Hesselbrock, V., et al. The WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Substance Use Disorders Guidelines for biological treatment of substance use and related disorders, part 1: Alcoholism, first revision[Text]/M. Soyka, H.R. Kranzler, V. Hesselbrock [et al.]// The World Journal of Biological Psychiatry.- 2017.- Vol. 18.-No.(2).-P.86-119

251. Spear, L.P. Effects of adolescent alcohol consumption on the brain and behaviour[Text]/ L.P. Spear //Nature Reviews Neuroscience.- 2018.- Vol.19.- P.197-214.

252. Stautz, K., Brown, K.G., King S.E., et al. Immediate effects of alcohol marketing communications and media portrayals on consumption and cognition: a systematic review and meta-analysis of experimental studies[Text]/K. Stautz, K.G. Brown, S.E. King [et al.]// BMC Public Health.- 2016.- Vol.16.- No. (1).- P.465.

253. Tanaree, A., Assanangkornchai, S., Kittirattanapaiboon, P. Pattern and risk of developing alcohol use disorders, illegal substance use and psychiatric disorders after early onset of alcohol use: Results of the Thai National Mental Health Survey 2013[Text]/A. Tanaree, S.Assanangkornchai,P. Kittirattanapaiboon // Drug Alcohol Depend. – 2017. – Vol. 170. –P. 102-111.

254. Thern, E., Munter, J, Hemmingsson ,T., et al. Effects of increased alcohol availability during adolescence on the risk of all-cause and cause-specific disability pension: a natural experiment[Text]/ E.Thern. J. Munter, T.Hemmingsson [et al.]// Addiction.- 2017.- Vol.112.- No. (6).-P.1004-1012.

255. Thompson ,M.D., Kenna, G.A. Variation in the serotonin transporter gene and alcoholism: Risk and response to pharmacotherapy[Text]/ M.D. Thompson, G.A. Kenna// Alcohol Alcohol-. 2016.- Vol.51.-P.164-171.

256. Thompson, R.G. Jr., Eaton, N.R., Hu, M.C., et al. Borderline personality disorder and regularly drinking alcohol beforesex[Text]/ R.G. Jr. Thompson, N.R .Eaton,M.C. Hu[et al.]// Drug Alcohol Rev. – 2017.- Vol.36.- No. (4).-P. 540-545.

257. Torikka ,A., Kaltiala-Heino, R., Luukkaala,T., et al. Trends in alcohol use among adolescents from 2000 to 2011: the role of socioeconomic status and depression[Text]/ A.Torikka, R. Kaltiala-Heino,T. Luukkaala[et al.]// Alcohol and Alcoholism.- 2017.- Vol. 52.- No. (1).-P.95-103.

258. Tosi ,G., Vittadini, G., Giorgi, I., et al. Comorbidity of alcohol dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder and the role of executive dysfunctions[Text]/ G..Tosi , G..Vittadini, G., I. Giorgi [et al.]// J Neurosci Neurol Disord.- 2018.- Vol. 2.-P. 001-010.

259. Wolitzky-Taylor, K., Bobova, L., Zinbarg, R.E., et al. Longitudinal investigation of the impact of anxiety and mood disorders in adolescence on subsequent substance use disorder onset and vice versa[Text]/K. Wolitzky-Taylor K., L . Bobova , R.E . Zinbarg[et al.]// Addict Behav. - 2012 Aug.- Vol. 37.- No. (8).-P. 982–985.

260. Wood ,A.M., Kaptoge ,S., Butterworth ,A.S., et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies [Text] /A.M. Wood, S. Kaptoge S., A. S. Butterworth[et al.]// Lancet.- 2018.- Vol. 391.- No (10129).-P.1513-1523.

261. Xuan, Z., Naimi, T.S., Kaplan, M.S, et al. Alcohol policies and suicide: a review of the literature[Text] / Z. Xuan, T.S. Naimi, M.S., Kaplan[et al.]// Alcohol Clin Exp Res.- 2016.- Vol.40.- No. (10).-P.2043-2055.

262. Zobin, M.L. Substance use disorders and gambling (fromDSM-5 to ICD-11) [Text] / M.L. Zobin// Nevrologicheskiy vestnik [Neurological bulletin.Journal n.a. V.M.Bekhterev].- 2015.- Vol.7, No. 2.-P. 58-67. (In Russ.)

263. Johnston, L. D., O'Malley, Miech, R. A., et al. Monitoring the Future national survey results on drug use: 1975-2013: Overview, key findings on adolescent drug use[Text]/ L. D. Johnston, O'Malley, R. A. Miech[et al.].- Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan. – 2014. – 84 pp.