

СОПУТСТВУЮЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

На сегодняшний день неблагоприятной тенденцией в обществе является рост количества лиц подросткового возраста, страдающих алкогольной зависимостью. В формировании данного заболевания участвуют множество факторов: социальные психологические, биологические. Дискутабельным является вопрос о том, что в отличие от здоровых сверстников, у подростков с алкогольными проблемами могут иметь место сопутствующие психопатологические нарушения. В статье представлены результаты исследования целью которого было определить профиль выраженности психопатологической симптоматики у подростков, страдающих алкогольной зависимостью, для последующего обоснования профилактических и лечебных мероприятий. Обследовано 285 подростков обоих полов, страдающих алкогольной зависимостью и группа контроля без алкогольных проблем. Для оценки профиля выраженности психопатологической симптоматики был использован опросник **SCL-90-R**. Установлено, что у подростков с алкогольной зависимостью имеется сопутствующая психопатологическая симптоматика представленная в основном эмоциональными, вегетативными симптомами и коммуникативными нарушениями.

Ключевые слова: подростки, алкогольная зависимость, психопатологическая симптоматика.

A. V. Kopytov

RELATED PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMATICS IN TEENAGERS SUFFERING WITH ALCOHOL DEPENDENCE

To date, an unfavorable trend in society is the increase in the number of adolescents who suffer from alcohol dependence. In the formation of this disease, many factors are involved: social psychological, biological. The question is that, unlike healthy adolescents, adolescents with alcohol problems can have accompanying psychopathological disorders. The article presents the results of a study whose goal was to determine the profile of the severity of psychopathological symptoms in adolescents suffering from alcohol dependence for the subsequent justification of preventive and curative measures. 285 adolescents of both sexes with alcohol dependence and a control group without alcohol problems were examined. To assess the profile of the severity of psychopathological symptoms, the **SCL-90-R** questionnaire was used. It has been established that adolescents with alcohol dependence have concomitant psychopathological symptoms represented mainly by emotional, vegetative symptoms and communicative disorders.

Key words: adolescents, alcohol dependence, psychopathological symptoms.

Алкогольная зависимость (АЗ) несет в себе огромный ущерб: распадаются семьи, растёт уровень преступности, уменьшается средняя продолжительность жизни. Злоупотребление алкоголем оказывает существенное влияние на все сферы жизни [4].

АЗ может развиваться как под действием внешних, так и внутренних факторов. К внешним факторам относятся особенности окружения, и то, как они влияют на личность – это воспитание, традиции, условия проживания, стрессовые ситуации. К внутренним – генетические

факторы, которые имеют влияние начиная с работы ферментативной системы, заканчивая патопсихологическими предпосылками к развитию алкогольной зависимости [2].

В формировании подросткового и юношеского алкоголизма участвует целый ряд факторов: биологические (наследственность, ферментативная система и др.), психопатологические (акцентуации, уровни межличностной сензитивности, депрессивность, тревожность и др.) и социальные (воспитание без родителей, социальный уровень, окружение и др.) [2].

Для полноты понимания проблемы потребления алкоголя необходимо учитывать все факторы. Не являются исключением патопсихологические особенности личности, которые оказывают свое влияние на мотивы потребления алкоголя подростками и юношами. К примеру, личности с низким эмоциональным интеллектом, с проблемами осознания своих и эмоций других людей, часто прибегают к алкоголю, как средству для активизации и усилению имеющихся эмоций. Межличностная сензитивность, характеризующаяся чувством неполноценности и недостойности в сравнении с другими людьми, вызывает чувство беспокойства, дискомфорт при межличностном общении. В этом случае алкоголь является веществом, который снимает напряжение, а при депрессивной симптоматике, напротив, на время повышает мотивацию общения и уменьшает чувство безнадежности. Фобическая тревожность характеризуется острым, стойким и иногда иррациональным страхом к определенному стимулу. Все перечисленные патопсихологические особенности являются плодородной почвой для начала приобщения к алкоголю, а в дальнейшем и к развитию зависимости к психоактивным веществам [7].

Большая часть знаний относительно связи потребления алкоголя и психоэмоционального состояния, была получена при исследовании людей страдающих алкогольной зависимостью, на фоне которой и появлялись такие симптомы как беспокойство, психопатические черты и нарушения эмоциональной сферы. В меньшей степени исследования проводились на выборках, где официально не фигурировал диагноз алкогольная зависимость [14].

Тема коморбидности широко дискутируется в современной психиатрии и наркологии. К настоящему времени крупномасштабные эпидемиологические исследования во многих странах показали, что треть всех текущих заболеваний населения отвечает большим, чем одно расстройство, диагностическим критериям. Выделяют следующие виды коморбидности: модель, ориентированная на дискриптивные диагностические классы – наличие более одного расстройства у человека в определенный период жизни и модель, рассматривающая относительный риск человека с наличием одного расстройства приобрести другое расстройство [12].

По данным Национального института по изучению злоупотребления наркотиков, термин «коморбидность» описывает два или более нарушения или расстройства, имеющих сходную клиническую картину. Эти нарушения могут возникать одновременно или последовательно. Коморбидность предполагает также взаимодействие между заболеваниями, которые могут ухудшить течение друг друга. Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании определяет «коморбидность/двойной диагноз», как временное сосуществование двух или более психических расстройств с одинаковыми проявлениями [11, 12].

Важным является то, что у подростка, имеющего проблемы с алкоголем, нарушения эмоциональной сферы и посттравматическое стрессовое расстройство протекает намного тяжелее и дольше, нежели у подростков без таковых. Кроме того, АЗ и злоупотребление алкоголем может усугубить симптомы посттравматического стрессового расстройства и эмоциональных нарушений [9].

Анализируя жизни подростков, потребляющих алкоголь, было выявлено, если в детстве подросток стал жертвой физического или сексуального насилия, зависимость развивается гораздо быстрее, а сам процесс протекает намного сложнее. У подростков с сочетанным потреблением ПАВ, а также с ярко выраженным депрессивным расстройством и ПТСР, отмечалось более раннее начало приобщения, чем в среднем у подростков [1].

Раннее начало потребления алкоголя, также является высоким риском развития АЗ, и является усугубляющим фактором при наличии каких-либо психических нарушений.

Малая часть исследований, основанных на анализе общей популяции населения, изучала взаимосвязь между потреблением алкоголя и психопатологической симптоматики на уровне субпопуляций. Уровень доказательности в общепопуляционной выборке указывает на то, что у людей, злоупотребляющих алкоголем, повышается риск развития расстройств аффективной сферы (тревога, депрессия, лабильность настроения) и расстройств личности [1, 9].

В ряде исследований выявлено, что люди, злоупотребляющие алкоголем, имеют риск развития расстройств аффективной сферы и расстройств личности в 2,6 и 1,7 раза выше, чем у лиц без таковой патологии. У лиц, страдающих АЗ, риск развития данных расстройств в 4,1 и 2,6 раза выше, соответственно. Результаты клинических исследований продемонстрировали явную взаимосвязь между злоупотреблением алкоголя и расстройством личности. Увеличивается наличие лиц с психопатическими чертами, такими как избегающее, зависимое, обсессивно-компульсивное, параноидальное, шизоидное, а также антисоциальное [10].

Подростки, злоупотребляющие алкоголем и страдающие алкогольной зависимостью, имеют высокий уровень сопутствующих психических расстройств, особенности психофизического развития (нарушение внимания, проблемы с концентрированием и сосредоточением, высокий уровень агрессивности) [13].

В одном из исследований сравнили две группы взрослых мужчин. В состав первой группы входили мужчины с алкогольной зависимостью, во вторую – мужчины с сочетанным потреблением психоактивных веществ. Установлено, что находясь в подростковом возрасте, у выборки из второй группы имелись более выраженные нарушения в эмоциональной сфере, более высокий уровень агрессии, депрессивная симптоматика, а также быстрый переход от потребления алкоголя к сочетанному [8].

Наличие психопатологической симптоматики может увеличивать риск развития АЗ у подростка. И наоборот, злоупотребление алкоголем может влиять на развитие психопатологических симптомов [8].

Часто у подростков, имеющих проблемы с алкоголем, наблюдается расстройство поведения, в частности антисоциальное, которое базируется на таких характеристиках личности, как оппозиционно-вызывающее

и антисоциальное. В DSM-IV к диагностическим критериям оппозиционно-вызывающего поведения относятся: частые споры ребенка со взрослыми, протесты по отношению к указаниям взрослых, озлобленность, мстительность, вспыльчивость. Для антисоциального расстройства личности – нежелание соответствовать социальным нормам, действия криминального характера, различные обманы ради собственной выгоды, импульсивность или отказ от всяческого планирования, агрессивность, рискованность, игнорирование предосторожностей, неспособность выдерживать определенный режим работы, непоследовательное поведение, недостаток ответственности, безразличие к другим, неспособность заметить то, что причиняет другим вред.

Данные описания очень схожи с психологическим портретом человека, злоупотребляющего ПАВ, поэтому данные характеристики у подростка являются маркерами потенциального начала потребления алкоголя и развития зависимости от алкоголя или какого-либо другого ПАВ. Наличие расстройства поведения лишают подростка критики к ситуации и своим действиям, что включает сильный поисковый рефлекс, который приводит к желанию новых ощущений, чаще всего получаемых при помощи ПАВ. Как результат, раннее начало приобщения к алкоголю и повышенный риск развития АЗ [12].

Среди подростков с АЗ, у которых было выявлено расстройство поведения, лечение и реабилитация проходили намного сложнее и дольше, а около 70% таких подростков возвращались к потреблению алкоголя [1].

Программы лечения, в которых основной акцент был сделан на коррекцию поведения, имели большой успех: ремиссия более года наблюдалась у 40% подростков. Данные программы включали в себя семейное консультирование, тренинги на управление гневом и другими сильными эмоциями, а также обучение социальным навыкам [1].

Раннее начало потребления алкоголя, также является высоким риском развития АЗ, а также усугубляющим фактором имеющихся психических нарушений. У подростка, имеющего проблемы с алкоголем, нарушения эмоциональной сферы и ПТСР протекают намного тяжелее и дольше, нежели у подростков без таковых [8].

Физическое и сексуальное насилие, пережитое в детстве, могут являться фактором высокого риска развития АЗ и причиной потребления алкоголя, так как оставляют глубокий след в психике ребенка и подростка.

Тревожные расстройства, в сочетании со злоупотреблением алкоголя, имеет более тяжелое течение и сложнее купируется фармакологически. В контексте АЗ симптомы тревоги могут быть вызваны как воздержанием от употребления алкоголя, появиться на пике алкогольного опьянения. Расстройства могут быть пусковыми механизмами друг для друга. К примеру, субъект может приобщиться к алкоголю для того, чтобы понизить уровень тревоги [3].

Существуют различные теоретические модели, определяющие взаимосвязь между АЗ и тревожным расстройством. Модели, ставящие на первое место тревожные расстройства, утверждают, что прием алкоголя – это способ справиться с ситуациями, что способствует повышению уровня тревоги. Данные модели являются актуальными в случаях развития АЗ на фоне генерализованного тревожного расстройства (ГТР) и агорафобии.

Необходимо понимать, что в диаде АЗ и ГТР имеет место дозозависимый компонент, т. е. чем сильнее проявление тревожной симптоматики, тем больше количество потребляемого алкоголя и чаще его прием [2].

Депрессивная симптоматика встречается у 10–30% людей, страдающих АЗ, напротив, злоупотребление алкоголем наблюдается всего у 5% людей с рекуррентной депрессией, что не выходит за рамки общих цифр распространенности в популяции.

Особенностями алкогольной депрессии, наряду со сниженным настроением, является слезливость, высокий уровень тревожности и ипохондрическая симптоматика. Если депрессивная симптоматика манифестировала в период абстиненции, то могут наблюдаться и более серьезные проявления, такие как выраженная подавленность, которая соответствует критериям большого депрессивного эпизода [12].

АЗ является сложной биопсихосоциальной проблемой, которая имеет большое количество факторов, поэтому изучение патопсихологических особенностей подростков, употребляющих алкоголь, трактуется необходимостью получения новых и более полных данных по проблеме АЗ и факторов, влияющих на ее развитие.

Осознание влияния сопутствующей психопатологии на развитие и течение алкогольной зависимости является одним из ключевых моментов в разработке как профилактических, так и лечебных программах для подростков, злоупотребляющих алкоголем.

Цель исследования: определить профиль выраженности психопатологической симптоматики у подростков, страдающих алкогольной зависимостью, для последующего обоснования профилактических и лечебных мероприятий.

Задачи исследования: изучить выраженность психопатологической симптоматики у подростков, страдающих алкогольной зависимостью. Изучить выраженность психопатологической симптоматики у подростков не имеющих алкогольных проблем. Провести сравнительный анализ выраженности психопатологической симптоматики в исследуемых группах. Обосновать рекомендации профилактических и лечебных мероприятий с учетом полученных данных.

Дизайн исследования: открытое поперечное исследование методом «случай-контроль» с направленным формированием групп.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 305 подростков, из них 40,3% (123) женского и 59,7% (182) мужского пола. Средний возраст исследуемых обеих групп составил 15,9 ± 0,8 лет. В соответствии с целью и задачами общая выборка была разделена на основную группу (ОГ) из 285 подростков, имеющих проблемы с алкоголем (страдающих алкогольной зависимостью или употреблением алкоголя с вредными последствиями). Из них 39,3% (112) женского и 60,7% (173) мужского пола. Средний возраст в ОГ составил 15,98 ± 0,05 лет. КГ стояла из 20 подростков, не имеющих алкогольных проблем, которые на момент проведения исследования являлись учениками гимназии. Из них 55% (11) женского и 45% (9) мужского пола. Статистически значимых отличий по долевого распределению субъектов в ОГ и КГ в зависимости от гендерного фактора не было ($\chi^2 = 1,92$; $p = 0,17$). Средний возраст исследуемых в КГ составил 15,8 ± 0,14 лет. Статистически значимых отличий по-

казателям возраста между ОГ и КГ не имелось ($F = 0,83$; $p = 0,35$).

В зависимости от населенного пункта проживания, исследуемые ОГ и КГ, распределились следующим образом. В сельской местности проживали 42,1% субъектов ОГ и 31,6% КГ, в городе, соответственно, 57,9% и 68,4% ($\chi^2 = 0,8$; $p = 0,37$).

Исследуемые являлись учащимися общеобразовательных классов гимназии г. Скиделя, УО «Гродненский государственный профессионально-технический колледж бытового обслуживания населения» и УО «Берестовицкий государственный сельскохозяйственный профессиональный лицей». Среди исследуемых ОГ учащиеся гимназии составили 6,7%, СУЗов 93,3%. В КГ все исследуемые являлись учащимися гимназии.

Социально-демографические сведения о пациентах были собраны посредством структурированного интервью, Белорусского индекса тяжести аддикции для клинического применения («Б-ИТА», версия 2.3-3.01.2001) [6]. Диагностика АЗ производилась в соответствии с критериями МКБ-10, скрининг-теста AUDIT на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя [4].

Данные анамнеза были объективизированы сведениями родственников, а информация об аддиктивных проблемах верифицирована в соответствии с критериями МКБ-10. Для верификации психического состояния применялось структурированное клиническое психиатрическое и наркологическое интервью.

Все испытуемые после предоставления полной информации о целях работы и предполагаемых результатах давали письменное согласие на участие в исследовании. Обследование проводилось не ранее, чем через 10 дней после последнего факта употребления алкоголя, при отсутствии клинических признаков состояния отмены.

Критерии исключения. Из исследования исключались пациенты с: острыми и хроническими соматическими заболеваниями; систематическое употребляющие другие (кроме алкоголя для лиц ОГ) ПАВ; выраженными когнитивными нарушениями, мешающими целенаправленной коммуникации и выполнению тестов; другими расстройствами, препятствующими выполнению заданий; отказом от участия в исследовании.

Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R) [7.] предназначен для оценки профиля выраженности психопатологической симптоматики у психиатрических пациентов и здоровых лиц [187, 188]. Каждый из 90 вопросов шкалы оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где «0» соответствует позиция «совсем нет», а «4» – «очень сильно». Ответы на пункты шкалы интерпретируются с учетом принадлежности к одной из 9 шкал симптомов: соматизации – (SOM), обсессивно-компульсивности (О-С), межличностной сензитивности (INT), депрессии (DEP), тревожности (ANX), враждебности (HOS), фобической тревожности (PHOB), паранояльных тенденций (PAR), психотизма (PSY), и дополнительных симптомов (Add), имеющих важное клиническое значение и не относящихся ни к одному из вышеуказанных пунктов. Указанные шкалы формируют шкалы второго порядка: общий индекс тяжести симптомов (GSI) – эффективный индикатор тяжести настоящего состояния и глубины расстройства; индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI) и общее число утвердительных ответов.

Шкала использовалась для оценки симптоматики как у пациентов с психическими расстройствами, в наркологической практике, у лиц с онкопатологией и другими соматическими заболеваниями.

Статистическая обработка результатов исследования производилась при помощи программы SPSS-17.0 [5]. С учетом показателей асимметрии, эксцесса, средних и медианы определено, что основные исследуемые показатели в выборках удовлетворяют условиям нормального распределения, поэтому применялись параметрические методы статистической обработки данных. Статистическая значимость различий при $p < 0,05$. Следует отметить, что большинство параметров, включенных в статистический анализ, являются номинативными или порядковыми, что предполагало использование соответствующих методов статистики (таблицы кросстабуляции и др.).

Результаты. При статистической обработке данных получены следующие результаты (таблица 1).

Таблица 1. Выраженность психопатологической симптоматики по опроснику SCL-90-R в исследуемых группах (в баллах)

Шкалы	Исследуемые группы		p
	ОГ	КГ	
Соматизация (SOM)	0,42 ± 0,03	0,21 ± 0,01	<0,05
Обсессивно-компульсивные расстройства (О-С)	0,34 ± 0,01	0,08 ± 0,02	<0,05
Межличностная сензитивность (INT)	0,57 ± 0,01	0,13 ± 0,01	<0,05
Депрессия (DEP)	0,33 ± 0,01	0,32 ± 0,02	=0,84
Тревожность (ANX)	0,54 ± 0,01	0,28 ± 0,02	<0,05
Враждебность (HOS)	0,36 ± 0,01	0,05 ± 0,01	<0,05
Фобическая тревожность (PHOB)	0,2 ± 0,01	0,09 ± 0,02	<0,05
Паранояльные симптомы (PAR)	0,01 ± 0,002	0,02 ± 0,001	=0,57
Психотизм (PSY)	0,01 ± 0,002	0,05 ± 0,02	=0,53
Дополнительные симптомы (Add)	0,08 ± 0,007	0,07 ± 0,02	=0,75
Общий индекс тяжести симптомов (GSI)	0,31 ± 0,004	0,22 ± 0,03	<0,05
Общее число утвердительных вопросов (PST)	22,5 ± 0,2	18,1 ± 0,6	<0,05
Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI)	1,27 ± 0,01	1,1 ± 0,02	<0,05

Полученные результаты (таблица 1) свидетельствуют о том, что подростки, страдающие алкогольной зависимостью, имеют более высокие показатели по всем шкалам, за исключением, шкал «депрессия», «паранояльные симптомы» и «психотизм». Учитывая, что показатели по шкалам «паранояльные симптомы» и «психотизм» имеют крайне низкие значения (практически в пределах погрешности) последующий анализ их значений не производился.

Таким образом, у лиц подросткового возраста с АЗ (по сравнению с лицами КГ) в дополнение к алкогольным проблемам имеются психопатологические симптомы, которые свидетельствуют о некоторых изменениях в сфере психического функционирования. Спектр психопатологических нарушений у субъектов ОГ отражает преимущественно вегетативный, невротический, эмоциональный уровни реагирования.

В профиле психопатологической симптоматики у лиц ОГ наиболее актуальными симптомами являются «межличностная сензитивность», «тревожность», «соматизация».

«Межличностная сензитивность» характеризует личностную неадекватность и неполноценность, в обычно в ситуациях, когда человек сравнивает себя с другими. Дискомфорт, самоосуждение и чувство беспокойства в процессе межличностного взаимодействия характеризуют проявления этого синдрома. Субъекты с высокими показателями по данной шкале сообщают об обостренном восприятии чувства собственного Я и негативных ожиданиях при межличностном взаимодействии и любых контактах с окружающими [7]. При наличии данного симптома спиртное употребляется в качестве «средства облегчающего коммуникацию».

«Тревожность» в рекомендациях авторов опросника клинически связана с высоким уровнем манифестированной тревожности. В этих случаях главный признак свободноплавающая тревога. Клинически это проявляется ощущением, что тревога не ассоциирована с конкретными ситуациями или предметами, а чувство страха пронизывает все пространство. Основными симптомами являются нервозность, напряжение, тремор, приступы паники и чувство ужаса [7]. Для данного контингента более специфичными являются повышенная нервозность и напряжение. При наличии тревожности и депрессивности алкоголь употребляют в основном для коррекции эмоционального состояния, так как алкоголь является наиболее доступным и дешевым средством.

Нарушения, представленные в опроснике под названием «соматизация», отражают дистресс, возникающий из-за телесных ощущений. Сюда относятся множественные жалобы с фиксацией на дисфункциях сердечнососудистой, гастроинтестинальной, респираторной и других систем. Также частыми субъективно представляемыми симптомами являются головные боли, другие боли, общий мышечный дискомфорт и в дополнение – соматические эквиваленты тревожности. Высокие баллы по этой шкале, которые имеют место у исследуемых основной группы, могут свидетельствовать о наличии проблем в кинестетической сфере у данной группы лиц. Нарушения в сфере ощущений формирует подсознательную мотивацию к ее «оживлению», активизации или релаксации. Психоактивные вещества при воздействии на организм имеют все эти эффекты. Алкоголь в том числе. Кроме того, алкоголь является легкодоступным, распространенным и легальным психоактивным веществом. Поэтому подростки активно его используют для коррекции проблем кинестетической сферы. Систематическое употребление достаточно быстро приводит к формированию употребления с вредными последствиями и зависимости. Это один из актуальных механизмов формирования фармакологических зависимостей в подростковом и молодом возрасте.

В «Опроснике выраженности психопатологической симптоматики» есть нормативные показатели всех шкал опросника для русскоязычной выборки [7]. Проведен статистический анализ количества субъектов в подгруппах, у которых значения превышали нормативные показатели по этим актуальным шкалам. В последующем эти данные могли бы позволить произвести расчет специфичности этих симптомов для лиц ОГ. Установлены следующие результаты долевого распределения субъектов в ОГ и КГ, у которых показатели по разным шкалам превышают нор-

мативные значения. Соответственно, в ОГ и КГ: соматизация – 46,0% и 0,0% ($\chi^2 = 16,1$; $p < 0,05$); межличностная сензитивность – 47,0% и 0% ($\chi^2 = 16,7$; $p < 0,05$); тревожности – 77,9% и 10% ($\chi^2 = 44,2$; $p < 0,05$); враждебности – 19,3% и 0% ($\chi^2 = 4,7$; $p < 0,05$); фобической тревожности – 48,8% и 20% ($\chi^2 = 6,2$; $p < 0,05$); индекс наличного симптоматического дистресса – 79,1% и 41,2% ($\chi^2 = 12,9$; $p < 0,05$); общее число утвердительных вопросов – 89,5% и 40% ($\chi^2 = 38,5$; $p < 0,05$). На основании вышепредставленных данных произвели расчет отношения шансов вероятности наличия алкогольных проблем при сопутствующей психопатологической симптоматике у лиц ОГ. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2. Наиболее актуальные психопатологические симптомы по опроснику по опроснику SCL-90-R у лиц подростков с АЗ

Шкалы	OR	95% CI	Se (%)	Sp (%)	AUC	p
Соматизация (SOM)	16,2	2,1–122,4	46	95	0,7	<0,05
Межличностная сензитивность (INT)	16,9	2,2–127,6	47	95	0,71	<0,05
Тревожность (ANX)	31,7	7,2–140,4	77,8	90,0	0,84	<0,05
Враждебность (HOS)	4,54	0,6–34,6	19	95	0,61	<0,05
Фобическая тревожность (PHOB)	3,8	1,2–11,7	47,7	80,0	0,63	<0,05
Общее число утвердительных вопросов (PST)	12,8	4,8–33,7	89,5	60,0	0,75	<0,05
Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI)	5,4	1,9–14,8	79,1	58,8	0,69	<0,05

Данные представленные в таблице 2 (показатели OR и доверительных интервалов) свидетельствуют, что у подростков и молодых людей с алкогольными проблемами, в сравнении с субъектами из группы контроля, имеют место коморбидные психопатологические симптомы, которые могут влиять на риск формирования алкогольного аддиктивного поведения и усугублять его течение. К наиболее актуальным психопатологическим симптомам (по результатам проведенного исследования, представленным в таблице 2) относятся «соматизация», «межличностная сензитивность», «тревожность», «фобическая тревожность» и симптоматический дистресс.

Однако, показатели AUC подтверждают высокую степень актуальности таких специфических предикторов, как «межличностная сензитивность», «тревожность» и «соматизация». Суть этих симптомов в интерпретации авторов опросника представлена ранее в тексте. Полученные результаты свидетельствуют о наличии сопутствующих психопатологических симптомов у лиц подросткового возраста, страдающих АЗ, по сравнению с субъектами группы контроля без алкогольных проблем.

Выводы

1. Подростки, страдающие алкогольной зависимостью, отличаются от сверстников, не имеющих алкогольных проблем, наличием сопутствующей психопатологической симптоматики.

2. Среди психопатологических симптомов у подростков страдающих алкогольной зависимостью наиболее актуальными и специфическими являются «межличност-

ная сензитивность», «тревожность» и «соматизация», отражающие проблемы в эмоционально-вегетативном функционировании и проблеме коммуникативных отношений.

3. Полученные данные желательно учитывать при проведении лечебных и профилактических мероприятий у данного контингента.

Литература

1. Егоров, А. Ю., Игумнов С. А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. – СПб.: Речь, 2005. – 436 с.

2. Копытов, А. В. Алкогольная зависимость у подростков и молодых людей мужского пола (социально-психологические аспекты): монография. – Минск: БГУ, 2012. – 400 с.

3. Копытов, А. В. Клинико-генетические аспекты раннего алкоголизма у мужчин: монография / А. В. Копытов. – Минск: БГУ, 2012. – 480 с.

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

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

6. Руководство по ведению протоколов Белорусского индекса тяжести аддикции (B-ASI) / В. Б. Поздняк [и др.] // Белорусский наркологический проект [Электронный ресурс]. – Минск, 2001. – Режим доступа: <http://www.beldrug.org>.

7. Тарабрина, Н. В. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R) / Н. В. Тарабрина // Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина; под ред. В. Усманова. – СПб.: Питер, 2001. – Гл. 11. – С. 146–181.

8. Comorbidity of affective disorders and alcohol use disorder / D. Pringuey [et al.] // L'Encéphale. – 2014. – Vol. 40, № 3. – P. 3–7.

9. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder / M. M. Weissman [et al.] // JAMA. – 1996. – Vol. 276, № 4. – P. 293–299.

10. Depressed patients with co-occurring alcohol use disorders: a unique patient population / L. Sher [et al.] // J. Clin. Psychiatry. – 2008. – Vol. 69, № 6. – P. 907–915.

11. Genome-wide search for genes affecting the risk for alcohol dependence / T. Reich [et al.] // American journal of medical genetics. – 1998. – Vol. 81(3), № 15. – P. 207.

12. Health-related quality of life in alcohol dependence: a systematic literature review with a specific focus on the role of depression and other psychopathology / J. Levola [et al.] // Nord J. Psychiatry. – 2014. – Vol. 68, № 6. – P. 369–384.

13. Kessler, R. C. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization / R. C. Kessler, C. B. Nelson, K. A. McGonagle // Am. J. Orthopsychiatry. – 1996. – Vol. 66, № 1. – P. 17–31.

14. Saatcioglu, O. Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence / O. Saatcioglu, A. Yapici, D. Cakmak // Drug and Alcohol Review. – 2008. – Vol. 27, № 1. – P. 83–90.