

**ДИАГНОСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА АЛКОГОЛЬНОЙ  
АДДИКЦИИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

Инструкция по применению

Учреждения-разработчики: ГУ «РНПЦ психического здоровья»,  
УО «Белорусский государственный медицинский университет», УЗ «Минский городской клинический наркологический диспансер»

Авторы: канд. мед. наук, доц. А. В. Копытов; А. Н. Савицкая; канд. мед. наук С. В. Базыльчик; В. Л. Куликовский; М. А. Игнатович; Л. О. Лыжина; Л. З. Ситько; И. В. Кононович; А. С. Шавейко

Минск БГМУ 2009

Проблема употребления алкоголя подростками всегда стояла остро, но в последние годы актуальность ее значительно возросла. Причин тому множество. Это культуральные особенности, повышение учебной нагрузки, активная пропаганда алкоголя СМИ, стереотипы поведения, заложенные в обществе и др. По данным 2008 г., на наркологическом учете в ЛПУ учреждениях Министерства здравоохранения Республики Беларусь состоит 19 187 детей и подростков, 15,4 % из которых составили учащиеся средних школ и училищ, 3,2 % — студенты вузов (Отчет о наркоупотреблении, незаконном обороте наркотиков РБ: Программа БУМАД, 2008). Начиная с 30-х годов XX в., тема детско-подростковой наркологии почти исчезла из научных исследований более чем на 50 лет. Одно из первых глубоких научных исследований, проведенное А. Коровиным в 1909 г., показало, что из 22 617 обследованных учащихся сельских школ в возрасте от 7 до 14 лет употребляли спиртные напитки 67,5 % мальчиков и 46,2 % девочек (А. Коровин, 1929). В последующие годы ситуация не улучшилась: ссылаясь на обследование в Москве в 1926 г. (Богомолова, Айдарова, Попова — цит. по А. Коровину, 1929) учащихся школ-семилеток, авторы констатируют увеличение доли пьянствующих школьников до 79,2–84,7 %, у 23 % обнаружено зарождающееся влечение к спиртному, а 14 % «уже стали алкоголиками». В конце XX в. описан феномен, называемый «тенденцией века» (*secular trends*). На протяжении XX в. с каждым десятилетием усиливается тенденция к понижению возраста начала алкоголизма и к увеличению риска алкоголизма когда-либо в жизни. Феномен проявляется в увеличении потребления алкоголя и терпимого отношения к тяжелому пьянству (Т. Reich, С. R. Cloninger, Р. V. Eerdeweghetal., 1988). Чтобы разработать более эффективную политику по уменьшению потребления спиртного в популяции, важно получить дальнейшую возможность проникновения в суть патогенетических механизмов. Большинство молодых людей приобщается к потреблению алкоголя в 13–16-летнем возрасте. В нетрезвом виде подростками совершаются 98 % всех убийств из хулиганских побуждений, 80 % убийств в драке, 90 % хулиганских действий или совокупно около 60 % всех преступлений (Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2006–2010 годы, глава 1). Установлено, что регулярное употребление спиртных напитков в возрасте до 20 лет приводит к алкоголизму почти в 80 % случаев (К. Гиллберг с соавт., 2004; В. А. Гурьева с соавт., 2007; Е. В. Макушкин, 2001 и др.).

Данная инструкция предназначена для врачей-наркологов, психологов, социальных педагогов и других специалистов, сталкивающихся в своей работе с проблемами алкогольной аддикции среди подростков.

## Показания к применению

Профилактическая, лечебно-реабилитационная и экспертная практика наркологов, психиатров, медицинских психологов, социальных психологов, развитие теоретических познаний в области наркологии и психиатрии, в сфере профилактики психических и поведенческих расстройств, использование материалов исследования в учебном процессе при подготовке специалистов.

### Перечень необходимого инструментария

1. Белорусский индекс тяжести аддикции для клинического применения и обучения («Б-ИТА», версия 2.3-3.01.2001) (В. Б. Позняк, 2001).

2. Тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя (тест AUDIT) (К. ван дер Берг с соавт., 1997; Gache P. с соавт., 2005).

При подсчете суммы баллов: 8 и более — проблемное потребление алкоголя (8–15 — чрезмерное и рискованное потребление; 16–19 — употребление с вредными последствиями; выше 20 — возможна алкогольная зависимость).

3. Методика «Мотивация потребления алкоголя» для исследования мотивов аддиктивного поведения (В. Ю. Завьялов, 2003).

Исходный вариант состоит из 45 утверждений от третьего лица. На каждое утверждение испытуемого просят дать подходящий ответ из возможных пяти. Наряду с выбором ведущего индивидуально значимого мотива опьянения или потребления алкоголя, тестируется и отношение к этому выбору, а также степень осознания мотивов. В первую триаду шкал входит группа социально-психологических мотивов приёма алкоголя: традиционные, социально обусловленные, культурально распространённые мотивы; субмиссивные, отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы; псевдокультуральные мотивы, свидетельствующие о стремлении человека приспособить свой личный опыт к «алкогольным ценностям» социальной микросреды. Вторая триада — личностные, персонально значимые мотивы: гедонистические, отражающие стремление получить удовольствие от действия алкоголя; атарактические, связанные с желанием нейтрализовать негативные эмоциональные переживания; мотивы гиперактивации поведения и насыщения стимулами при относительной сенсорной депривации с помощью выпивки. Третья триада — патологические мотивы: похмельные (стремление снять явления абстинентного синдрома); аддиктивные («пристрастие» к алкоголю, влечение к нему); самоповреждение (стремление пить назло себе и другим в качестве протеста).

Максимальные оценки выявляют доминирование того или иного вида мотивов потребления алкоголя, а все вместе шкалы дают суммарное представление о структуре (профиль) мотивов потребления алкоголя. Суммарная оценка отражает общее «мотивационное напряжение» в поисках алкоголя и свидетельствует о генерализации в сознании потребности в спиртном.

4. «Пятифакторный опросник личности» для изучения индивидуально-характерологических личностных особенностей (А. Б. Хромов, 2000).

Опросник представляет собой текстовый набор 75 противоположных по значению стимульных высказываний, характеризующих 5 паттернов поведения человека в типичных жизненных ситуациях, в которых наиболее ярко проявляются его личностные черты. Стимульный материал разделен пятиступенчатой оценочной шкалой Лайкерта, которая позволяет измерять степень выраженности каждого признака. Всего в опроснике 150 фраз, оценки которых группируются в 25 биполярных первичных фактора, состоящих из 6 утверждений каждый, сгруппированных, в свою очередь, в 5 обобщенных факторов (экстраверсия – интроверсия; привязанность – отдаленность; контролирование – естественность; эмоциональность – сдержанность; игривость – практичность).

5. Стандартизированный тест-опросник на определение склонности к отклоняющемуся поведению (СОП) (А. Н. Орел, 2000).

Опросник представляет собой набор 8 специализированных психодиагностических шкал, направленных на измерение готовности (склонности) к реализации отдельных форм отклоняющегося поведения: шкала установки на социально-желательные ответы; шкала склонности к преодолению норм и правил; шкала склонности к аддиктивному поведению; шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению; шкала склонности к агрессии и насилию; шкала волевого контроля эмоциональных реакций; шкала склонности к деликвентному поведению; шкала принятия женской социальной роли.

6. Опросник для исследования уровня импульсивности (Т. И. Пашукова, 2001). Импульсивность — черта, противоположная волевым качествам целеустремленности и настойчивости. Чем больше величина показателя импульсивности, тем больше импульсивности. Уровень импульсивности может быть охарактеризован как высокий (66–80 баллов), средний (35–65 баллов) и низкий (34 и менее баллов).

7. Методика для выявления индивидуального стиля совладания со стрессом, непродуктивных паттернов поведения и ресурсов личности (Копинг-тест «Lazarus») (R. S. Lazarus, 1984). По данной методике исследуются: конфронтативный копинг — агрессивные усилия по изменению ситуации, предполагает определенную степень враждебности и готовности к риску; дистанцирование — прилагаются когнитивные усилия по

отделению от ситуации и уменьшению ее значимости; самоконтроль — усилие по регулированию своих чувств и действий; поиск социальной поддержки; принятие ответственности — признание своей роли в проблеме (может быть вины); бегство, избегание — мысленные и поведенческие усилия, направленные на избегание проблемы; планирование, решения проблемы — произвольное проблемно-фокусированное усилие по изменению проблемы, включающее аналитический подход к ее решению; самоактуализация — приобретение личного опыта, личностный рост.

8. «Таблицы Шульте» (Л. Ф. Бурлачук, 2008) компьютерная версия. Использовались для исследования функции внимания, эффективности умственной работоспособности.

### **Характеристика исследуемого контингента**

Обследованы несовершеннолетние с начальными проявлениями алкогольной аддикции (стратифицированная рандомизация): подросткового (мальчики и девочки 13–16 лет) и юношеского возраста (юноши и девушки до 18 лет) с начальными проявлениями алкогольной аддикции. Исследовательская выборка (основная) сформирована из пациентов находящихся на профилактическом учете у врачей-наркологов подросткового отделения Минского городского наркологического диспансера (100 чел.). Все подростки задерживались сотрудниками МВД в состоянии алкогольного опьянения в общественном месте, затем доставлялись на консультацию к участковому наркологу.

Контрольная группа - лица подросткового и юношеского возраста без признаков алкогольной аддикции (100 чел.; контроль здоровых).

Контрольная группа рентна основной исследовательской группе по полу и возрасту.

В исследование не включались лица подросткового и юношеского возраста с верифицированным диагнозом деменции, умственной отсталости, психического расстройства психотического регистра.

### **Алгоритм проведения исследования**

На первом этапе врач заполняет Б-ИТА, а в процессе заполнения задает вопросы (не соблюдая последовательности теста и не акцентируя на них внимания) из скрининг-теста АУДИТ. После чего врачом самостоятельно заполняется бланк теста АУДИТ. Второй вариант. После заполнения Б-ИТА, врач совместно с пациентом производит заполнение скрининг-теста АУДИТ в порядке, рекомендуемом разработчиками.

Наличие проблемного потребления алкоголя при первом варианте опроса по АУДИТ выявлено у 72 % лиц из основной группы и у 11 % контрольной. При втором варианте у 28 % лиц из основной группы и у 2 % из контроля. Это свидетельствует о более приемлемом использовании «скрытого» варианта применения скрининг-теста АУДИТ для качественной диагностики.

Наиболее информативными вопросами для выявления проблемного потребления алкоголя являются вопросы 1 (95,7 %), 3 (82,6 %), 7 (65,2 %), 9 (65,2 %). Достаточно информативным был вопрос 2, однако у исследуемых возникали затруднения при ответе на предложенные варианты, которых всего 5, но предполагаются 4 вида алкогольных напитков. Подростки в основном заполняют по всем 4 позициям. Рекомендуется вести учет по максимальному показателю.

Сравнение средних значений по группам показывает достоверную разницу:  $8,1 \pm 0,88$  в основной группе и  $1,9 \pm 0,31$  в контроле ( $p < 0,001$ ). Это подтверждает высокую адекватность применения диагностического инструмента для выявления групп риска алкогольных проблем у несовершеннолетних белорусской популяции. Пациентов со значениями баллов более 8 относили к группе риска и проводили им более углубленную диагностику.

### Социальные факторы риска

Риск формирования алкогольного поведения выше у лиц:

1) испытывающих негативное отношение со стороны учителей ( $\chi^2 = 42,82$ ,  $p < 0,001$ );

2) имевших хотя бы однократное пребывание в состоянии опьянения в общественных местах ( $\chi^2 = 39,93$ ,  $p < 0,001$ );

3) испытавших при первом употреблении алкоголя чувство повышения настроения и раскрепощенное поведение ( $\chi^2 = 13,69$ ,  $p < 0,05$ );

4) из неполных семей ( $\chi^2 = 6,29$ ,  $p < 0,05$ ), у девочек, воспитываемых матерью ( $\chi^2 = 18,69$ ,  $p < 0,01$ ), у мальчиков — отцом ( $\chi^2 = 11,62$ ,  $p < 0,05$ );

5) имеющих алкогольную наследственность ( $\chi^2 = 9,93$ ,  $p < 0,01$ );

6) не имеющих хобби и увлечений ( $\chi^2 = 9,25$ ,  $p < 0,01$ );

7) с завышенной самооценкой ( $\chi^2 = 7,25$ ,  $p < 0,05$ );

8) курящих ( $\chi^2 = 7,05$ ,  $p < 0,01$ ), стаж курения коррелирует со стажем алкоголизации ( $r = 0,51$ ,  $p < 0,01$ );

9) конфликтующих с родственниками ( $\chi^2 = 7,05$ ,  $p < 0,01$ ), но не со сверстниками;

10) способных совершать необдуманные поступки, преимущественно у мальчиков ( $\chi^2 = 6,05$ ,  $p < 0,05$ );

11) имеющих привычку поздно укладываться спать ( $\chi^2 = 6,05$ ,  $\rho < 0,05$ );

12) с алкогольной наследственностью, впервые употребивших алкоголь до 13 ( $\rho < 0,05$ );

13) имеющих высокую активность в детстве при алкогольной наследственности в анамнезе ( $\chi^2 = 6,05$ ,  $\rho < 0,05$ );

14) имеющих наследственную отягощенность по алкогольной зависимости и воспитывающихся в условиях полного доверия ( $\chi^2 = 5,78$ ,  $\rho < 0,05$ );

15) авторитарный тип воспитания в семье с доминированием гиперконтроля ( $\chi^2 = 5,78$ ,  $\rho < 0,05$ ).

Не столь значимыми являются балл успеваемости в учебном заведении, уровень образования и возраст родителей.

### Мотивация потребления алкоголя

Результатом индивидуального диагностирования является цифровое выражение силы проявления одного из мотивов (до 25 баллов) по шкалам опросника. Стилль «непрямого» изучения мотивации позволяет избежать подозрения у испытуемого об изучении мотивов употребления. Удобство: опросник формулируется в утверждениях от 3 лица, что позволяет производить диагностику не только у зависимых, но и у групп риска и контроля.

В группе лиц с риском алкогольной аддикции достоверно выше показатель общего мотивационного напряжения. Пороговый показатель общего мотивационного напряжения для риска алкогольной зависимости в группе подростков составляет 108 баллов.

В группе лиц с риском алкогольной аддикции параметры по всем видам мотивов выше, но высокая степень достоверности лишь по мотивам указанным в табл. 1.

Таблица 1

#### Пороговые показатели по шкалам алкогольной мотивации для группы риска (в баллах)

Мотивы	Пороговые показатели по шкалам
Общее мотивационное напряжение	$\geq 108$
Традиционные	$\geq 13$
Субмиссивные	$\geq 11$
Псевдокультуральные	$\geq 14$
Гедонистические	$\geq 13$
Атарактические	$\geq 12$
Гиперактивации	$\geq 12$
Абстинентные	$\geq 10$

Значения, превышающие указанные в таблице, позволяют отнести подростка к группе риска по данному мотиву.

Учитывая данные табл. 1, можно определить латентные мотивы риска формирования алкогольной зависимости у подростков.

Для подростковой среды наиболее значимыми являются мотивы: псевдокультуральные, атарактические, традиционные, гедонистические, гиперактивации. Три из пяти ведущих мотивов относят к группе личностных. Подростки стремятся употреблять алкоголь в основном для коррекции своего внутреннего состояния:

1. Нейтрализация внутреннего напряжения.
2. Нейтрализация тревоги и страха.
3. Стремление выйти из состояния скуки, душевной пустоты.
4. Желание усилить коммуникабельность.
5. Желание получить физическое и психическое удовольствие.

Употребление алкоголя вызывает спокойствие, повышает настроение, улучшает коммуникабельность, что подталкивает в последующем к повторным употреблением. Эти психологические особенности следует учитывать в диагностике, а особенно в лечебных и реабилитационных мероприятиях.

Такие подростки имеют однообразные внутренние проблемы и общаются чаще в среде себе подобных, поэтому псевдокультуральные мотивы, отражающие стремление приспособиться к алкогольным особенностям молодежной среды, также являются ведущими.

Даже при благополучном социальном статусе родительской семьи, но авторитарном стиле воспитания в семье и школе, у подростка имеется напряженность, тревожность, подавленность, душевная пустота, что приводит к употреблению наиболее доступного вещества (алкоголя) для восстановления душевного равновесия.

Для группы подростков не характерны мотивы из группы патологической мотивации (аддиктивные, абстинентные, сомаповреждающие). При использовании опросника можно игнорировать данные вопросы, что позволит сократить их количество с 45 до 30. Это важно, т. к. у подростков из группы риска громоздкие опросники вызывают протест или формальность при заполнении.

По данным множественного регрессионного анализа, наибольшее влияние на формирование алкогольной мотивации в группе риска оказывают мотивы гиперактивации и субмиссивные.

### **Определение склонности к отклоняющемуся поведению**

Опросник имеет служебную шкалу установки на социальную желательность. Баллы по этой шкале более 60 T свидетельствуют о настороженности в ситуации обследования и возможной неискренности ответов. Поэтому пациенты с баллами более 60 T в анализ не включались.



У подростков из группы риска наблюдаются достоверно более высокие показатели по следующим шкалам склонности: к преодолению норм и правил; к аддиктивному поведению; к агрессии и насилию; к деликвентному поведению. В основной группе значения результатов не выходили за рамки 60 Т баллов, что указывает на их достоверность. С помощью методов статистического анализа определены пороговые значения, выше которых пациентов подросткового возраста можно относить к группе риска по алкогольной аддикции (табл. 2).

Таблица 2

**Пороговые значения по шкалам (в Т-баллах) опросника СОП для пациентов из группы риска по алкогольной аддикции**

Название шкалы	Пороговые значения по шкале (Т)
Склонность к преодолению норм и правил	$\geq 50,16$
Склонность к аддиктивному поведению	$\geq 49,59$
Склонность к агрессии и насилию	$\geq 50,38$
Склонность к деликвентному поведению	$\geq 54,28$

Подростков из группы риска по алкогольной аддикции можно охарактеризовать (исходя из вариантов отклоняющегося поведения) следующим образом:

- 1) склонность к отрицанию общепринятых норм, ценностей, образцов поведения;
- 2) нонкомформистские установки и склонности противопоставлять собственные нормы и ценности групповым;
- 3) тенденции «нарушать спокойствие», искать трудности, которые можно было бы преодолеть;
- 4) наличие агрессивных тенденций и готовности к их реализации в поведении;
- 5) предрасположенность к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния;
- 6) склонности к иллюзорно-компенсаторному способу решения личностных проблем;
- 7) ориентация на чувственную сторону жизни, наличие «сенсорной жажды»;
- 8) гедонистически ориентированные нормы и ценности;
- 9) наличие деликвентных тенденций;
- 10) низкий уровень социального контроля.

В группе контроля выше значения по шкале принятия женской социальной роли у лиц женского пола. Это подчеркивает недооценку данного качества у девушек из группы риска. Девушки чаще употребляют алкоголь в компании юношей подростков, и для адаптации к особенностям алкогольной субкультуры имитируют мужской тип поведения.

Второй тип девушек из группы риска — это лица с ранним началом сексуальной жизни, совершаемым в состоянии алкогольного опьянения. Сексуальные связи выступают в качестве коммуникативной составляющей и фактором, определяющим принадлежность к определенному кругу (чаще имеющему аддиктивные установки).

### Пятифакторный опросник личности

В результате проведенного исследования личностных характеристик в группе риска выявлены следующие профили (рис. 1).

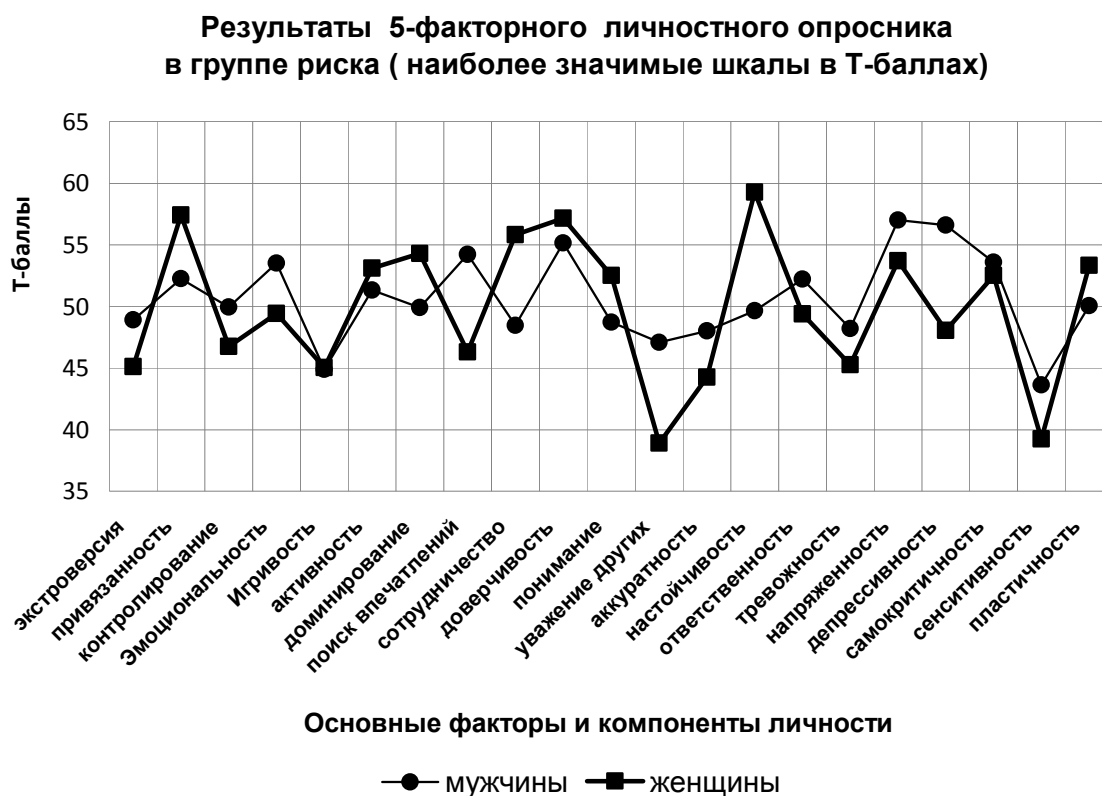


Рис. 1. Личностный профиль, характерный для лиц из группы риска по алкогольной аддикции

В связи с рекомендациями авторов опросника, нормативные данные для лиц мужского и женского пола имеют различия, а соответственно, профили желательно рассматривать отдельно для лиц мужского и женского пола. У лиц как женского, так и мужского пола из личностных факторов преобладают привязанность и эмоциональность. Основное содержание фактора привязанность — отношение к людям. Лица, у которых проявляется привязанность, испытывают потребность быть рядом с другими людьми. Такие люди имеют социальную направленность личности. Они всячески поддерживают коллективные мероприятия. Взаимодействуя с другими, такие люди стараются избегать разногласий, не любят конкуренцию, предпочитают сотрудничать с людьми, имеющими общие интере-

сы. Такая позиция отражает направленность межличностных коммуникаций по типу «Я и другие», хотя в этом возрасте у более зрелых подростков идет формирование по типу «Я и Я». При втором типе коммуникаций вырабатывается индивидуальность, направленность поведения на достижение результатов с опорой на свои силы, знания, умения, навыки. Выбор стратегии поведения «Я и другие» отражает инфантильность, незрелость личности, боязнь ответственности и индивидуального выбора поведения. Эмоциональность характерна для лиц редко проявляющих в своей жизни волевые качества. Они живут, стараясь не усложнять свою жизнь. Ищут «легкой жизни». Для них характерны естественность поведения, беспечность, склонность к необдуманным поступкам. Такие люди недобросовестно относятся к работе, не проявляя настойчивость в достижении цели. Они не прилагают достаточных усилий для выполнения принятых в обществе требований и культурных норм поведения, могут презрительно относиться к моральным ценностям, склонны совершать асоциальные поступки. Ради собственной выгоды они способны на нечестность и обман, живут одним днем, не заглядывая в своё будущее.

Наиболее низкие показатели по компонентам уважение других и сенситивность, что подчеркивает эгоцентрически-эгоистические тенденции личности, отсутствие сочувствия, сопереживания в отношении проблем окружающих, неспособность проявлять чувственность и заботу по отношению к ним. Проблема в сфере чувств, в самом широком диапазоне, наиболее типична для группы риска.

Следует отметить, что у лиц мужского пола высокие показатели по компонентам напряженность и депрессивность. В группе лиц женского пола высокие показатели по компоненту настойчивость свидетельствуют о стеничных установках, трудностях переключаемости с различных видов деятельности и увлечений. В дальнейшем это может создавать трудности при проведении коррекции аддиктивного алкогольного поведения. Относительно высокие показатели по компонентам сотрудничество и доверчивость, при низких «уважение других», может свидетельствовать об использовании двух первых в качестве приспособительных механизмов к аддиктивной среде в роли «необходимого, своего человека».

### **Опросник для исследования уровня импульсивности**

Импульсивность — важная личностная характеристика, которая может лежать в основе множества поведенческих паттернов, включая прием психоактивных веществ (ПАВ), преднамеренное самоповреждение, расстройства пищевого поведения и возбудимость. У лиц, страдающих зависимостью от ПАВ, в структуре личностного потенциала довольно выражены импульсивность и агрессивность. В ходе проведенных исследований выявлен средний уровень импульсивности в группе риска, равный

48,27 ± 0,99 баллов. Причем, 97,7 % респондентов из группы риска имели показатели, соответствующие среднему уровню импульсивности (от 35 до 65 баллов). С учетом гендерных различий, у лиц женского пола уровень импульсивности достоверно выше 52,05 ± 1,12, нежели у лиц мужского пола — 45,56 ± 1,27.

Импульсивность обусловлена в основном когнитивным компонентом, т. к. при проведении корреляционного анализа имеется умеренная прямая связь между импульсивностью и компонентой «поиск впечатлений» (поиск новизны), эффективностью работы по тесту Шульте. При этом отсутствуют связи импульсивности с аудиальными и визуальными сенсомоторными реакциями.

Импульсивность и поиск впечатлений имеют прямую корреляционную связь с показателями алекситимичности, что подчеркивает проблемность кинестетической сферы и сферы чувств у пациентов из группы риска.

### **Методика для выявления индивидуального стиля совладания со стрессом, непродуктивных паттернов поведения и ресурсов личности**

Копинг — одно из центральных понятий в сфере психологии стресса и адаптации. Его механизмы помогают понять сущность адаптивности/дезадаптивности человеческого поведения не только в стрессовых, но и в других проблемных ситуациях. Совладающее поведение — особый вид социального поведения человека, обеспечивающего или разрушающего его здоровье и благополучие. Оно позволяет субъекту справиться с трудными жизненными ситуациями с помощью осознанных действий и направлено на активное взаимодействие с ситуацией — ее изменение или приспособление к ней. Если субъект не владеет этим видом поведения, возможны неблагоприятные последствия для здоровья и благополучия. Копинг-поведение — это результат становления сознания и самосознания личности, оно сопряжено со зрелой картиной мира, помогает вписаться в общество, обусловлено социокультуральными традициями. Стратегии совладания базируются на жизненных ценностях и смыслах, нравственности, свободе выбора, эмоциональном и интеллектуальном ресурсах. В случаях ограниченности субъективных ресурсов, снижения ответственности и адекватности, человек начинает прибегать к самодеструктивным и самопоражающим стратегиям, губительным для него и его окружения (чаще употребление ПАВ, суицидальное поведение и др.).

Базисными являются три копинг-стратегии: разрешение проблем, поиск социальной поддержки, избегание. Адекватность копинг стратегий оценивается с позиций конгруэнтности ситуации. Адекватное использование стратегий избегания возможно в ситуациях, которые не могут быть изменены по объективным причинам. В большинстве остальных случаев

продуктивными являются стратегии преодоления и решения проблем, а также стратегии поиска социальной поддержки.

В результате исследования установлено, что в группе риска наиболее высокие показатели по стратегиям конфронтация и избегание, что может свидетельствовать о преобладании этих стратегий в поведении в повседневной жизни. Употребление алкоголя обеспечивает уход от реальности (избегание трудностей, повседневных проблем, стрессов) и является дезадаптивной формой поведения, приводящей к деструктивным изменениям личности и проблемам в окружении. В группе сравнения преобладают стратегии «принятие ответственности» и «планирование» решения проблем. Эти стратегии можно рассматривать в качестве протективных в отношении алкоголизации.

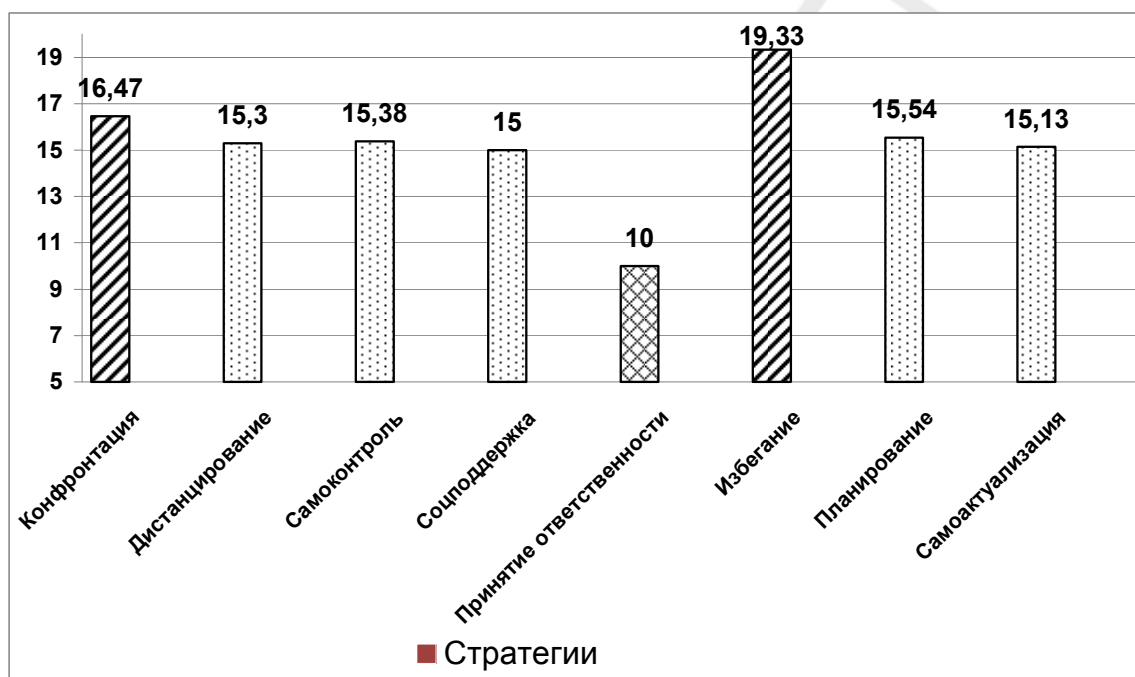


Рис. 2. Ситуативно-специфические стратегии в группе риска

Гендерный аспект для группы риска: у лиц женского пола преобладают стратегии социальной поддержки, у мужского — избегания. Лица женского пола ориентированы в своем поведении на стратегии поиска социальной поддержки. Если таковой нет или она с аддиктивным содержанием, то актуализируется вторая по значимости стратегия — избегание (уход из ситуации) наиболее доступным путем — употребление ПАВ. Либо происходит реализация второго сценария, когда эту поддержку хотят получить с помощью имитирующего поведения алкогольной субкультуры, являющейся наиболее привлекательной и доступной.

Стратегии «поиск социальной поддержки» и «бегство» достоверно ( $p < 0,05$ ) более выражены у лиц группы риска, воспитывающихся в неполных семьях. Кроме того, стратегия «поиск социальной поддержки»

формируется при условиях установления дружеского контакта с родителями (или одним родителем).

Подростки с преобладанием стратегии «бегство», достоверно раньше начинают употреблять алкоголь ( $p < 0,001$ ). Из личностных характеристик, стратегия «бегство» наиболее тесно связана с импульсивностью.

### **Нейропсихологические характеристики**

У лиц из группы риска достоверно хуже показатели аудиальных и визуальных сенсомоторных реакций, вработываемости психической деятельности. Показатели вработываемости у лиц группы риска превышают 1, тогда как в контроле они меньше 1. Показатели общей эффективности умственной работоспособности в группе риска несколько выше, что можно объяснить более выраженной импульсивностью и общей гиперактивностью.

### **Рекомендации**

Использованные в комплексе методологические процедуры являются оптимальными и достаточными для выявления факторов риска алкогольной аддикции у несовершеннолетних.

Для выявления риска алкогольных проблем следует применять в качестве скринингового инструмента тест AUDIT. Это подтверждает высокую адекватность применения диагностического инструмента у несовершеннолетних белорусской популяции.

Применять тест в группе подростков следует в процессе предварительного сбора анамнеза. Вопросы, включенные в скрининг тест следует задать не последовательно, как в самом тесте, а перемежая их с вопросами из Б-ИТА. При оценке пункта 2 рекомендуется учитывать максимальный показатель или переводить в стандартные порции. Показатели выше 8 баллов позволяют выделить группу риска по алкогольной аддикции.

Пороговый показатель общего мотивационного напряжения для риска алкогольной зависимости (по уравнению регрессии) в группе подростков составляет свыше 108 баллов. Учитывая данные табл. 1, можно определить латентные мотивы риска формирования алкогольной зависимости у подростков. Психологические особенности мотивации употребления, следует учитывать в диагностике, а особенно при формировании лечебных и реабилитационных мероприятий.

Из личностных характеристик важно обращать внимание у обоих полов на повышенную эмоциональность и привязанность, низкие — уважение других и сенситивность. У лиц мужского пола проблему напряженности и депрессивности, у женского — настойчивость. Общей про-

блемой у подростков с риском алкоголизации является «замороженность» сферы чувств и чувствительности.

Диагностика импульсивности, является важным компонентом в общей оценке риска формирования алкогольного аддиктивного поведения, особенно у лиц женского пола.

Начало употребления никотина, как правило, является предвестником употребления алкоголя.

Более низкие показатели когнитивного функционирования могут являться базой для формирования поведенческих и эмоциональных нарушений, приводящих к алкогольной аддикции.

## Резюме

Предлагаемый диагностический алгоритм для выявления риска алкогольной аддикции у несовершеннолетних позволяет достаточно объективно оценить факторы, способствующие ее формированию. Применяемые диагностические инструменты позволяют раскрыть психологические механизмы, лежащие в основе употребления алкоголя несовершеннолетними. Полученные в результате тестирования данные могут являться нормативными (для приведенных тестов) для проведения исследований на белорусской популяции. Результаты, представленные в исследовании, являются базой для формирования и разработки программ профилактики.

**Нормативные данные по пятифакторному опроснику личности  
подростков 14–18 лет белорусской популяции**

Пятифакторный личностный опросник, баллы	Юноши		Девушки	
	М	S.D.	М	S.D.
	<i>Вторичные факторы</i>			
1. Экстраверсия – интроверсия	52,4	8,6	52,4	8,5
2. Привязанность – отделенность	53,2	6,8	55,2	8,8
3. Контролирование – естественность	53,3	8,2	55,9	7,6
4. Эмоциональность – сдержанность	44,7	9,7	54,1	7,7
5. Игривость – практичность	52,3	12,5	57,3	7,0
	<i>Первичные компоненты</i>			
1.1 Активность – пассивность	11,2	2,2	10,8	2,0
1.2 Доминирование – подчиненность	10,1	2,5	10,5	2,5
1.3 Общительность – замкнутость	10,1	2,9	10,9	3,3
1.4 Поиск впечатлений – избегание привлечений	8,8	2,6	10,4	1,5
1.5 Внимание – избегание	9,7	3,0	10,4	2,3
2.1 Теплота – равнодушие	11,0	2,3	12,1	2,0
2.2 Сотрудничество – соперничество	10,2	2,4	11,3	2,6
2.3 Доверчивость – подозрительность	9,7	3,0	9,6	2,2
2.4 Понимание – непонимание	10,8	2,5	11,8	2,2
2.5 Уважение других – самоуважение	10,3	2,5	11,5	2,1
3.1 Аккуратность – неаккуратность	11,4	2,5	10,8	2,1
3.2 Настойчивость – слабоволие	11,5	2,1	11,6	2,1
3.3 Ответственность – безответственность	10,5	2	11,8	2,2
3.4 Самоконтроль – импульсивность	10,4	2,7	10,5	2,4
3.5 Предусмотрительность – беспечность	10,0	3,3	10,1	2,2
4.1 Тревожность – беззаботность	8,2	2,6	11,0	2,2
4.2 Напряженность – расслабленность	8,2	2,6	9,6	2,8
4.3 Депрессивность – эмоциональный комфорт	10,4	2,4	10,4	2,3
4.4 Самокритика – самодостаточность	9,4	2,2	9,5	1,9
4.5 Эмоциональная лабильность – эмоциональная стабильность	9,0	3,0	11,3	2,9
5.1 Любопытство – консерватизм	10,7	2,8	11,9	2,1
5.2 Мечтательность – реалистичность	12,3	2,1	12,5	2,1
5.3 Артистичность – неартистичность	12,1	1,7	12,4	2,0
5.4 Сенситивность – нечувствительность	10,8	2,8	12,4	1,9
5.5 Пластичность – ригидность	9,4	3,0	10,6	1,7



УТВЕРЖДАЮ

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

руководитель учреждения,  
в котором внедрен способ

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

### АКТ О ВНЕДРЕНИИ

1. Наименование предложения для внедрения:

«Метод диагностики активности эпилептического процесса по непароксизмальным электроэнцефалографическим признакам» Инструкция по применению.

2. Кем предложено:

Белорусский государственный медицинский университет.

(наименование учреждения-разработчика, автор)

Т. В. Докукина с соавт.

3. Источник информации:

Инструкция по применению. Получена из учреждения-разработчика.

4. Где и когда начато внедрение:

\_\_\_\_\_  
(наименование лечебного учреждения, дата внедрения)

5. Общее количество наблюдений: \_\_\_\_\_

6. Результаты применения метода за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
положительные (количество наблюдений): \_\_\_\_\_  
отрицательные (количество наблюдений): \_\_\_\_\_  
неопределенные (количество наблюдений): \_\_\_\_\_

7. Эффективность внедрения: \_\_\_\_\_

8. Замечания, предложения: \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Ответственные за внедрение \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Подписано в печать 21.01.10. Формат 60×84/16. Бумага писчая «КюмЛюкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,86. Тираж 50 экз. Заказ 46.

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.