

На правах рукописи

ГРЕЧАНЫЙ

Северин Вячеславович

**РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ, СОЧЕТАЮЩИЕСЯ
С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ
(КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЙ И АДАПТАЦИОННО-ЛИЧНОСТНЫЙ
АСПЕКТЫ)**

Специальности: 14.01.06 – психиатрия

14.01.27 – наркология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Санкт-Петербург

2015

Работа выполнена в Санкт-Петербургском государственном педиатрическом медицинском университете

Научные консультанты: **Егоров Алексей Юрьевич**
доктор медицинских наук, профессор

Крупницкий Евгений Михайлович
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Шевченко Юрий Степанович**
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой детской психиатрии
и психотерапии Российской медицинской
академии последипломного образования

Пашковский Владимир Эдуардович
доктор медицинских наук, доцент, профессор
кафедры психиатрии и наркологии
Северо-Западного государственного
медицинского университета им. И. И. Мечникова

Сиволап Юрий Павлович
доктор медицинских наук, профессор
кафедры психиатрии и наркологии
Первого Московского государственного
медицинского университета им. И. М. Сеченова

Ведущая организация: Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова

Защита состоится 25 июня 2015 года в 10 часов 30 минут на заседании совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук и ученой степени доктора наук Д 208.093.01 при Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института (адрес: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3) и на сайте: <http://bekhterev.ru>

Автореферат разослан 25 мая 2015 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Чехлатый Евгений Иванович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. По данным мировой статистики расстройства поведения (РП) в настоящее время относятся к наиболее часто диагностируемым психическим расстройствам в подростковом возрасте и являются самой частой причиной направления пациентов в стационарные психиатрические учреждения (WHO, 2006). Их распространенность, по разным оценкам, колеблется в пределах 5,5-9,6% всего детского населения, у мальчиков – 12,0%, а среди школьников групп риска – 13-33% (Nock M.K. et al., 2006; Roberts R.E. et al., 2007; Merikangas K.R. et al., 2009; Breslau J. et al., 2012).

Термин «расстройства поведения» вошел в употребление в последние десятилетия благодаря DSM-III, IV, 5 и МКБ-10. В отечественной литературе широкое распространение получили понятия «патологические формы нарушения поведения» (Личко А.Е., 1985), «саморазрушающее поведение» (Попов Ю. В., 1994), «патохарактерологические реакции» (Ковалев В.В., 1995), «девиантное поведение» (Кондрашенко В. Т., 1988; Менделевич В.Д., 2005) и др. Термин «расстройство поведения» стал употребляться относительно недавно (Егоров А.Ю., Игумнов С.А., 2005). В настоящее время проблема поведенческих нарушений все чаще рассматривается с позиций личностной дезадаптации, что отвечает задачам биопсихосоциального подхода к диагностике и лечению психических расстройств (Вассерман Л.И., Беребин М.А., 1997; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2001).

Степень разработанности темы исследования. Современные представления о РП в зарубежной литературе связаны с пониманием этого явления как непрерывного процесса, начинающегося в раннем возрасте, охватывающего весь период детства, вплоть до молодого, и даже зрелого возраста (Biederman J. et al., 2008; Frick P.J., White S.F., 2008; Weiss M.D. et al., 2011; Fantl K.A., 2013). Исследовательский интерес сосредоточен на изучении разных подтипов РП с ранним и поздним началом, прослеживании взаимосвязи различных форм РП, например, «классических» РП с оппозиционно-вызывающим и гиперкинетическим расстройствами поведения (Monuteaux M. et al., 2007; Bussing R., et al., 2010; Drugli M. et al., 2010; Drabick D. et al., 2012). Изучается влияние ранних поведенческих девиаций на агрессивное, делинквентное и аддиктивное поведение в период молодости. Акцент в терапии и профилактике РП переносится с подросткового на дошкольный и младший школьный возраст (Chronis A.M. et al., 2004; Belsky J. et al., 2007; Eyberg S. et al., 2008; Chacko, A. et al., 2009; Waller R. et al., 2012).

Значимость проблемы РП определяется рядом обстоятельств, среди которых указывается агрессивный, антиобщественный, противоправный характер поступков пациентов (Copeland W.E. et al., 2007; Murray J., Farrington D., 2010; Harty S.C. et al., 2013). Имеется связь РП у подростков с антисоциальным (диссоциальным по МКБ-10) расстройством личности в зрелом возрасте, трансформация в которое часто является закономерным следствием подростковых поведенческих девиаций (Loeber R. et al., 2009; Frick

P.J., Viding E., 2009; Burke J.D. et al., 2010; Pardini D.A. et al., 2010; Walters G.D. et al., 2010; Wymbs B. et al., 2013) В связи с этим в перечень диагностических критериев DSM-5, рубрика «расстройства поведения», включены такие характеристики антисоциального расстройства личности, как бессердечность и эмоциональная холодность (callous-unemotional) (Scheepers F.E. et al., 2011).

РП, характерные для пубертатного периода, нередко сочетаются с отмечающимися еще в детстве гиперкинетическими поведенческими нарушениями, что определяет неблагоприятный прогноз, высокий риск агрессивных и антисоциальных действий, нарушений закона (Biederman J. et al., 2008; Lahey B.B. et al., 2009; Petty C.R. et al., 2009; Beauchaine T.P. et al., 2010; Connor D.F. et al., 2010; Humphreys K.L. et al., 2011). Важным аспектом проблемы РП также являются школьная дезадаптация, когнитивный дефицит, нарушение семейных взаимоотношений (Горьковая И.А., 1997; Эйдемиллер Э.Г. и др., 2007; Шевченко Ю.С., 2011; Rydell A. M., 2010; Waller R. et al., 2012), употребление алкоголя и психоактивных веществ (ПАВ) (Elkins I.J. et al., 2007; De Sanctis V.A. et al., 2008; Latvala A. et al., 2009; Wilens T.E. et al., 2011; Kousha M. et al., 2012; Groenman A.P. et al., 2013; Molina B.S. et al., 2013; Dalsgaard S. et al., 2014). Несмотря на наблюдающуюся в последние годы тенденцию к размежеванию психиатрического и наркологического диагноза, РП и аддиктивные расстройства понимаются как явления взаимосвязанные в возрастном, этиопатогенетическом и клиническом аспектах, последовательно развивающиеся в пубертате, имеющие единую природу (Farrington D.P., 1995; Burke J.B., 2010). Поведенческие нарушения признаны единственными независимыми предикторами употребления ПАВ среди всех психопатологических проявлений подросткового и юношеского возраста, а диагнозы алкоголизм, наркомания и социопатия нередко устанавливаются одному и тому же пациенту в динамике или одновременно (Надеждин А.В., 2005; Сиволап Ю.П. и др., 2005; Пятницкая И.Н., 2008; Худяков А.В., 2008; Прокопович Г.А., Пашковский В.Э., Софронов А.Г., 2014; Milberger S. et al., 1997; Schubiner H., 2005). Считается, что употребление ПАВ ухудшает прогноз РП, определяет высокий риск ВИЧ-инфицирования (Крупницкий Е.М. и др., 2006, 2009; Brown L K. et al. 2000; Fisher J.D. et al., 2004), является фактором трансформации поведенческих проблем в антисоциальное расстройство личности (Myers M.G. et al., 1998; Harty S.C. et al., 2013). РП как основа формирующегося употребления ПАВ требует изучения в связи с разными сроками манифестации поведенческих нарушений, их различными клиническими формами и разной тяжестью сопутствующего аддиктивного поведения.

В отечественной психиатрической традиции аддиктивное поведение рассматривается, прежде всего, как форма отклоняющегося поведения, имеющая в своей основе больше признаков поведенческой девиации, чем симптомов зависимости (Попов Ю.В., 1989; Кулаков С.А., 1989; Личко А.Е., Битенский В.С., 1991; Короленко Ц.П., 1991; Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г., 2002; Менделевич В. Д., 2005; Егоров А.Ю., Софронов А.Г., 2009; Бохан Н.А.,

2009; Буторина Н.Е. и др., 2009; Кривулин Е.Н. и др., 2009; Соловьев А.Г. и др., 2013). Показано, что причиной направления подростков с аддиктивным поведением в специализированные медицинские учреждения являются поведенческие нарушения, а инициаторами обращения чаще служат педагоги, соцработники, с которыми подросток сталкивается в связи с сопутствующим психолого-педагогическим неблагополучием (Swadi H., 2000).

В настоящее время рецидив считается серьезной проблемой для большинства пациентов подросткового возраста, проходивших лечение от аддиктивного поведения и зависимости от ПАВ (Ramo D. et al., 2008; Sussman S., 2008). Меры, направленные на повышение эффективности терапии, приводят к малым результатам. Так, рецидив употребления подростками алкоголя в период 3-6 мес. составляет около 60% (Godley M. et al., 2007; Kaminer Y. et al., 2008; Burleson J.A. et al., 2012). Как одна из причин частых рецидивов рассматривается клиническая гетерогенность употребления ПАВ у подростков, определяющая различие пациентов в признании у себя аддиктивных проблем и в установке на лечение (Kuntsche E. et al., 2010).

Разнообразие подросткового аддиктивного поведения определяется рядом клинических и личностно-психологических характеристик, важное место среди которых занимают мотивы употребления алкоголя и ПАВ, связанные с аффективными «ожиданиями» (Cox W.M., Klinger E., 1988, 2004). В рамках мотивационной модели рассматриваются две разновидности причин, влияющих на индивидуальное решение приема алкоголя или ПАВ, известные, соответственно, как мотивы подкрепления эмоционально-положительного состояния (enhancement) и мотивы совладания с эмоционально-отрицательным состоянием (coping) (Cooper M.L. et al., 1992; Merrill J.E. et al., 2010; Hasking P. et al., 2011). Различные исследования подтвердили справедливость выделения этих мотивационных установок как у взрослых, так и у подростков (Windle M., 1996; Bradizza C.M. et al., 1999; Birch C.D. et al., 2004; Kuntsche E. et al., 2010; Dow S.J. et al., 2013). Установлена связь аддиктивных мотивов с такими клиническими характеристиками заболевания, как выраженность симптомов зависимости (Carrigan M.H. et al., 2008), характер его течения (Read J.P. et al., 2003; Patrick M.E. et al., 2011), стадия (Koob G.F. et al., 2004), эффективность терапии (Engle B. et al., 2009), а также с особенностями личности пациентов (Cooper M.L. et al., 1995).

Таким образом, широкая распространенность РП у подростков, их связь с употреблением различных видов ПАВ, выраженность социально-юридических и медицинских последствий аддиктивного поведения, разные личностно-психологические характеристики пациентов определили актуальность настоящего исследования.

Цель исследования. Клинико-динамическое изучение РП и употребления ПАВ с вредными последствиями (ВП) у подростков, адаптационной системы личности пациентов и эффективности психотерапии.

Задачи исследования:

1. Оценить клинико-прогностическое значение анамнестических данных подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП.
2. Дать клинико-психопатологическую и психометрическую характеристику динамики разных форм РП с учетом различного срока их начала.
3. Дать клинико-динамическое психометрическое описание употребления различных видов ПАВ и его последствий.
4. Выявить взаимосвязь количественных характеристик РП и употребления ПАВ с ВП на основании данных психометрического исследования.
5. Исследовать характеристики адаптационной системы личности пациентов (механизмы психологической защиты, типы совладающего поведения, проективные свойства личности).
6. Изучить аддиктивные мотивы в связи с формами РП, количественными показателями употребления ПАВ с ВП, характеристиками адаптационной системы личности пациентов.
7. Провести оценку отношения родителей к подросткам-пациентам в зависимости от типа семьи (полная, неполная) и возрастной группы (младшая и старшая).
8. Выявить количественные показатели употребления ПАВ и его последствий, характеристики адаптационной системы личности у ВИЧ-инфицированных пациентов.
9. Изучить сравнительную эффективность когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), комплекса психотерапевтических методик (КПМ) и низкоинтенсивного консультирования (НИК) в процессе терапии подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП.

Объект исследования – пациенты подросткового возраста с поведенческими расстройствами и употреблением различных ПАВ с ВП (опиоиды, летучие растворители, алкоголь, стимуляторы).

Предмет исследования – симптомы РП в динамике, клинические характеристики употребления ПАВ и его последствий, адаптационная система личности пациентов, аддиктивные мотивы, характеристики отношения родителей к пациентам-подросткам.

Научная новизна диссертационного исследования связана с рассмотрением проблемы РП у подростков в новом аспекте, с позиции представления об их возрастных подтипах, обуславливающих различие клинической картины поведенческих нарушений, их динамики и трансформации. Получены новые данные, касающиеся клинико-анамнестических проявлений, нозологической специфики, клинико-динамических характеристик РП, начинающихся в возрасте до и после 10 лет. Показаны различия в количественных показателях употребления ПАВ и алкоголя, последствиях употребления у пациентов с разными сроками начала

РП. Использован новый методологический подход к изучению форм РП и употребления ПАВ у подростков – рейтинговые шкалы.

Создана прогностическая модель переменных, предсказывающих употребление конкретного вида ПАВ у подростков с РП на основании значимых анамнестических данных (наследственность, программа обучения, социальный статус, семья, место проживания).

Для исследования аддиктивного поведения у подростков применен новый теоретико-методический подход, предполагающий выделение клинических групп пациентов, отличающихся динамическими и адаптационно-психологическими характеристиками, на основе представления о двух ведущих индивидуальных мотивах употребления алкоголя и ПАВ (мотивационная теория Кокса-Клингера, 2004). С помощью многомерного статистического метода (дискриминантный анализ) показана обоснованность выделения групп пациентов на основе ведущих аддиктивных мотивов.

На основании статистического (факторного) анализа количественных значений рейтинговых шкал выделены разновидности аддиктивного поведения, формирующиеся на различной клинико-психопатологической основе – на основе диссоциально-личностных поведенческих расстройств, гиперкинетических (органических) поведенческих расстройств и личностно-невротических расстройств сензитивного круга. Впервые показаны механизмы формирования сопутствующего употребления алкоголя при использовании других ПАВ.

Описаны характерные стили психологического защитного поведения и совладающего поведения у подростков с РП и аддиктивным поведением. Показано их принципиальное сходство у пациентов, употребляющих различные виды ПАВ с ВП.

Выявлена специфика отношения родителей к подросткам с РП и употреблением ПАВ с ВП в полных и неполных семьях, а также у пациентов разных возрастных групп. Получены результаты, уточняющие характер воспитательной позиции матерей и отцов по отношению к подросткам в полных и неполных семьях.

Впервые изучены особенности защитно-совладающего поведения у ВИЧ-инфицированных подростков, употребляющих ПАВ с ВП. Описаны типы отношения к болезни, в наибольшей степени определяющие их нозогенную дезадаптацию.

Показано различие результатов КПТ у пациентов с разными аддиктивными мотивами. Впервые использована методика коррекции отношения к материнству и родительским функциям у девочек-подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП и изучены результаты ее использования.

Теоретическая и практическая значимость работы. Результаты исследования показали важность разделения пациентов с РП на клинические группы в зависимости от сроков начала заболевания. Показано, что эта характеристика определяет нозологическое различие поведенческих расстройств. У пациентов с ранним началом РП чаще встречаются

гиперкинетические поведенческие нарушения, которые в дальнейшем трансформируются в органические расстройства или в другие расстройства поведения (социализированное и несоциализированное). У пациентов с поздним сроком начала РП преобладают личностные поведенческие расстройства, которые в зависимости от формы РП с разной частотой трансформируются в диссоциальное расстройство личности.

В аспекте связи РП и употребления ПАВ с ВП обнаружено, что для пациентов с ранним и поздним сроками начала РП характерно различие в количественных показателях употребления ПАВ и его последствиях. Полученные результаты необходимо учитывать при оказании лечебно-реабилитационной помощи подросткам с поведенческими и аддиктивными нарушениями. Выявленное различие психопатологической основы рано и поздно возникающих РП имеет важное теоретическое значение для понимания патогенетических механизмов поведенческих нарушений, формирующихся в разном возрасте.

Получены уравнения логистической регрессии, которые могут быть использованы в практической работе для расчета вероятности предсказания вида употребляемого ПАВ с ВП у подростков с РП на основании прогностически значимых анамнестических данных.

Выявленные на основе статистического анализа количественных значений рейтинговых шкал разновидности аддиктивного поведения значимы в теоретическом плане для объяснения различий психопатологических основ формирования употребления ПАВ. В практическом приложении они важны для понимания характера психиатрических расстройств у наркологических пациентов с целью выбора подхода к их лечению.

Описанные стили защитного и совладающего поведения объясняют конкретные механизмы личностной дезадаптации подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП и должны учитываться при проведении лечебно-реабилитационной работы.

Выявленные в ходе исследования группы пациентов в зависимости от ведущих аддиктивных мотивов с характерными клинко-психологическими коррелятами объясняют клиническую гетерогенность употребления ПАВ с ВП у подростков и могут быть использованы для предсказания характера и тяжести последствий формирующегося наркологического заболевания.

Описанные особенности родительского отношения в разных типах семей и у пациентов разных возрастных групп вносят важные уточняющие характеристики в понятие «дисфункциональной семьи» и определяют содержательную сторону применения семейной психотерапии.

Установленные отличия характеристик адаптационной системы личности ВИЧ-инфицированных подростков рассматриваются как предиспозиционные психологические факторы поведения высокого риска по ВИЧ-инфицированию и должны быть положены в основу коррекции дезадаптивного отношения к болезни у пациентов.

Результаты использования КПТ показали ее преимущественную эффективность у пациентов с мотивами стимуляции эмоционально-позитивного состояния, что важно учитывать в практической лечебно-реабилитационной работе. Обнаружено, что применение КПМ у девочек-подростков (включающие КПТ и коррекцию отношения к материнству и родительским функциям) способно положительно влиять на широкий спектр последствий употребления ПАВ, в том числе на семейную дезадаптацию.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Вероятность употребления конкретного вида ПАВ с ВП у подростка с поведенческим расстройством предсказывается исходя из анамнестических данных, к числу которых относятся отягощенная наследственность наркологическими заболеваниями, вид программы школьного обучения, социальный статус пациента на момент обследования, тип семьи, наличие/отсутствие семьи, место проживания.

2. Пациенты с началом РП до 10 лет и после 10 лет различаются по ведущим формам поведенческих расстройств. Для раннего начала РП характерны гиперкинетические поведенческие расстройства, для позднего – диссоциально-личностные поведенческие расстройства. Симптомы ранних поведенческих расстройств мало специфичны в отношении клинической картины заболевания, наблюдающейся в подростковом возрасте. Для каждой из клинических форм РП, встречающихся в пубертатном периоде (гиперкинетическое расстройство поведения, несоциализированное расстройство поведения, социализированное расстройство поведения) существует свой набор неспецифических симптомов, наблюдающийся в возрасте до 10 лет. Указанные формы РП в старшем пубертатном возрасте, в свою очередь, также подвергаются возрастной трансформации.

3. Общая тенденция клинической динамики употребления ПАВ с ВП заключается в нарастании количественных показателей употребления и тяжести его последствий. У пациентов с ранним началом РП при больших количественных показателях употребления ПАВ более выражены медицинские и психопатологические последствия, а у пациентов с поздним началом РП преобладают социально-юридические последствия. Эта закономерность характерна для пациентов, употребляющих все изученные в исследовании виды ПАВ (опиоиды, летучие растворители, алкоголь, стимуляторы).

4. Психопатологической основой формирования аддиктивного поведения являются диссоциально-личностные поведенческие расстройства, гиперкинетические (органические) поведенческие расстройства и личностно-невротические расстройства сензитивного круга. Последнее объясняет механизмы формирования сопутствующего употребления алкоголя при ведущем использовании других ПАВ.

5. Стилль психологического защитного поведения подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП включает сочетание таких механизмов, как «регрессия», «замещение», «компенсация» и «вытеснение» и является сходным при использовании различных видов ПАВ с ВП и у представителей разного

пола. Наиболее устойчивый стиль совладающего поведения, также выявленный у представителей разных полов и при употреблении разных видов ПАВ с ВП, включает такие разновидности копинг-поведения, как «дистанцирование», «бегство-избегание» и «самоконтроль». Существует различие возрастных форм агрессивного поведения, заключающееся в склонности у старших подростков к открытому агрессивному поведению, а у младших – в преобладании формы агрессии, ограничивающейся знакомой обстановкой.

6. Для пациентов с разными аддиктивными мотивами (мотивы коррекции эмоционально-негативного состояния и мотивы стимуляции эмоционально-позитивного состояния) характерны: типичный профиль поведенческих симптомов, разные количественные показатели употребления ПАВ и тяжести его последствий и специфичный стиль защитно-совладающего поведения.

7. Отношение родителей к подросткам с РП и употреблением ПАВ с ВП характеризуется в целом «враждебно-подавляющим» типом. При этом отдельные характеристики родительского отношения у матерей и отцов в зависимости от типа семьи (полная и неполная) противоположны. Различие между типами родительского отношения в полной и неполной семье более характерно для старших подростков (16-17 лет).

8. К особенностям адаптационной системы личности ВИЧ-инфицированных подростков относится: регрессивно-заместительный стиль защитного поведения, предпочтение неконструктивных дезадаптивных типов совладания («конфронтация») и меньшая распространенность конструктивных «копингов» («планирование решения проблемы»), преобладание «смешанного согласованного» диагностического профиля отношения к болезни, сочетающего в себе интрапсихические механизмы нозогенной дезадаптации и нарушения в сфере межличностных отношений.

9. Положительное влияние КПТ, проявляющееся отсутствием отрицательной динамики показателей тяжести употребления ПАВ и его последствий, чаще наблюдается у пациентов с мотивами стимуляции эмоционально-позитивного состояния. Использование КПМ у девочек-подростков (КПТ и коррекция отношения к материнству и родительским функциям) положительно влияет на широкий спектр последствий употребления ПАВ, включая семейные взаимоотношения, а также на такие характеристики отношения к материнству, как позитивный настрой на брак, адекватная родительская воспитательная позиция, отказ от гиперпротективной установки на воспитание детей.

Апробация и внедрение результатов исследования. Основные положения диссертации были доложены и обсуждены на международных и российских научных конгрессах и конференциях, в том числе: 2 междисциплинарном конгрессе с международным участием «Человек, алкоголь, курение и пищевые аддикции» (2008 г.), V междисциплинарном российском конгрессе с международным участием «Человек и проблемы зависимостей: междисциплинарные аспекты» (2011 г.), Международном конгрессе «Женщина, ребенок и ВИЧ» (2012 г.), Научно-практической

конференции с международным участием «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства» (2012 г.), Международной конференции «Нейронауки и ВИЧ-инфекция» (2013 г.), XVII всемирном конгрессе Всемирной ассоциации динамической психиатрии (2014 г.).

Результаты исследования используются в процессе преподавания на кафедре психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, на факультете «Клиническая психология» Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, на кафедре психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, в Учебном центре Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Полученные результаты применяются в ходе практической лечебной работы в Санкт-Петербургской городской психиатрической больнице № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова, Центре восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина, клинике СПбГПМУ. Разработанные практические рекомендации позволяют их широко внедрить в лечебно-профилактическую работу подростковых наркологических амбулаторных и реабилитационных отделений, детских и подростковых отделений психиатрических больниц, детских клинических больниц, педагогических учреждений специализированного типа.

Публикации. По материалам исследования опубликовано 33 работы, в том числе 14 статей в рецензируемых журналах, рекомендованных перечнем ВАК.

Объём и структура диссертации. Работа написана на 716 страницах компьютерного текста и состоит из введения, 11 глав (обзор литературы, материал и методы исследования, результаты исследования – 9 глав), обсуждения полученных результатов, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 664 источника (из них 179 на русском языке и 485 на иностранных языках) и приложения. Работа иллюстрирована 404 таблицами и 66 рисунками.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материал исследования. Всего был обследован 341 пациент. В основную группу вошли 293 пациента с ведущим диагнозом «Расстройство поведения» и сопутствующим диагнозом «Употребление ПАВ с вредными последствиями». Возраст пациентов составил 12-17 лет (средний возраст – $15,3 \pm 0,1$ года). Среди обследованных было 150 мальчиков-подростков и 143 девочки-подростка.

Критериями включения пациентов в основную группу были: 1) сочетание диагноза «Расстройство поведение» (рубрики F90–F91) с диагнозом «Употребление ПАВ с вредными последствиями (ВП)» (рубрики F 1x.1); 2) возраст пациентов 12-17 лет.

Критериями исключения пациентов из основной группы были: 1) диагноз «Синдром зависимости от ПАВ» (F 1x.2); 2) возраст младше 12 лет и старше 17 лет; 3) шизофрения (F 20), шизотипическое расстройство (F 21), острые и транзиторные психотические расстройства (F 23), шизоаффективное расстройство (F 25); 4) аффективные расстройства настроения (F 30-39); 5) органические психические расстройства (рубрики F 00-05); 6) умственная отсталость (F 70-79); 7) соматическое заболевание в стадии обострения; 8) беременность.

Для решения задач исследования основная группа в зависимости от сопутствующего диагноза была разделена на 4 подгруппы. 1 подгруппу составили 89 пациентов с сопутствующим диагнозом «Употребление опиоидов с ВП» (F 11.1). 2 подгруппу составили 95 пациентов с сопутствующим диагнозом «Употребление летучих растворителей с ВП» (F 18.1). 3 подгруппу составили 57 пациентов с сопутствующим диагнозом «Употребление алкоголя с ВП» (F 10.1). 4 подгруппу составили 52 пациента с сопутствующим диагнозом «Употребление стимуляторов с ВП» (F 15.1). Кроме того, основная группа была разделена на 2 группы в зависимости от возраста. Младшую возрастную группу составили 163 пациента в возрасте 12-15 лет (средний возраст – $14,5 \pm 0,7$ года). Старшую возрастную группу составили 130 пациентов в возрасте 16-17 лет (средний возраст – $16,4 \pm 0,6$ года).

Группу сравнения составили 48 пациентов в возрасте старше 17 лет с диагнозом «Синдром зависимости от опиоидов. Воздержание в условиях, исключающих употребление» (F 11.21). Средний возраст составил $23,1 \pm 0,3$ года. В группу сравнения вошел 21 мужчина и 27 женщин.

Критериями включения пациентов в группу сравнения были: 1) диагноз «Синдром зависимости от опиоидов. Воздержание в условиях, исключающих употребление» (F 11.21); 2) возраст старше 17 лет.

Критериями исключения пациентов из группы сравнения были: 1) диагноз «Употребление опиоидов с вредными последствиями» (F 11.1); 2) возраст младше 18 лет; 3) шизофрения (F 20), шизотипическое расстройство (F 21), острые и транзиторные психотические расстройства (F 23), шизоаффективное расстройство (F 25); 4) аффективные расстройства настроения (F 30-39); 5) органические психические расстройства (рубрики F 00-05); 6) умственная отсталость (F 70-79); 7) соматическое заболевание в стадии обострения; 8) беременность.

В контрольную группу вошли 245 практически здоровых студентов Педиатрического университета в возрасте 16-20 лет (средний возраст – $18,8 \pm 0,1$ года), 83 юноши и 162 девушки. Критерием их включения в контрольную группу было экспертное мнение исследователя об отсутствии психиатрического и наркологического диагноза.

Методы исследования. Для решения поставленных задач применялся клинико-психопатологический, клинико-амнестический, психометрический методы.

Для изучения РП использовалась методика «Низонжеровский опросник оценки поведения детей», представляющий собой адаптированную методику «The Nisonger Child Behavior Rating Form (for typical IQ (NCBRF-TIQ))» (Aman M. et al., 1993, 2008). Количественная выраженность форм РП оценивалась в баллах по следующим шкалам: «позитивное поведение», «расстройства поведения», «оппозиция», «сензитивность», «гиперактивность», «невнимательность», «эмоциональные нарушения». Количественные характеристики употребления ПАВ и его последствий изучались с помощью методики «Диагностика употребления психоактивных веществ подростками (европейская версия)» («ЕвроАДАД»), представляющую собой версию «The Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD)» (Friedman A.S., Utada A.A., 1989). Производится расчет «рейтинга тяжести» по 8 шкалам: «физическое здоровье/болезнь», «школьное обучение/занятость», «общественное поведение», «семейные взаимоотношения», «психическая адаптация/психопатология», «противоправные действия», «употребление наркотиков», «употребление алкоголя». Методика использовалась также для оценки эффективности психотерапии. Для изучения клинических проявлений РП у детей и подростков в разные возрастные периоды использовалась разработанная нами «Клинико-анамнестическая анкета расстройств поведения», включающая 5 блоков вопросов, направленных на выявление распространенности ранних симптомов поведенческих нарушений. Для изучения механизмов психологической защиты использовалась методика «Индекс жизненного стиля» (Вассерман Л.И. и др., 2005). Совладающее поведение изучалось с помощью «Методики для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями» (Вассерман Л.И. и др., 2009). Для изучения типов отношения к болезни у ВИЧ-инфицированных использовалась методика «ТОБОЛ» (Вассерман Л.И. и др., 2005). Исследовались проективные свойства личности по методике «Тест руки» (Курбатова Т.Н. и др., 1996). Мотивы аддиктивного поведения изучались с помощью методики «Опросник мотивов употребления алкоголя /психоактивных веществ» (Cooper M.L., 1994). Для изучения отношения родителей к пациентам-подросткам использовалась методика «Подростки о родителях» (Вассерман Л.И., Горьковая И.А., Ромицына Е.Е., 2004). Для изучения отношения к материнству у девочек-подростков применялась методика «Измерение родительских установок и реакций» (методика Schaeffer E.S.–Bell R.Q. в адаптации Т. В. Архиреевой).

Статистическая обработка данных. Для анализа номинативных данных использовался биномиальный критерий и критерий согласия χ^2 . При межгрупповом сравнении параметрических данных применялся критерий t-Стьюдента, для непараметрических данных – критерий U Манна-Уитни (независимые выборки) или критерий ранговых знаков Вилкоксона (зависимые

выборки). Для сравнения нескольких выборок использовался однофакторный дисперсионный анализ (параметрические данные). Из многомерных методов применялся факторный анализ, анализ главных компонент, дискриминантный анализ, кластерный анализ переменных. Для прогнозирования вероятности дихотомической переменной на основании номинативных данных использовался метод логистической регрессии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты изучения анамнестических данных. Для прогнозирования принадлежности пациента к одной из 4-х клинических подгрупп на основании анамнестических данных был использован метод логической регрессии. Согласно методике логистической регрессии, зависимая переменная должна иметь два возможных значения (дихотомическая переменная) как наличие или отсутствие конкретного признака. Поскольку использованные в исследовании анамнестические данные относятся к категориальным (номинативным) независимым переменным, включающим в себя несколько градаций признака, предварительно была проведена перекодировка переменных, в результате чего категориальный предиктор оказался представлен серией бинарных оппозиций признаков.

В результате были получены уравнения логистической регрессии, включающие значимые анамнестические данные, необходимые для предсказания причастности пациентов к конкретной подгруппе употребления ПАВ (значение переменных оценивалось по бинарному признаку: 1 – наличие данного признака, 2 – отсутствие данного признака). Ниже представлены формулы (1), (2), (3) и (4) уравнений логистической регрессии:

1. Уравнение логистической регрессии для подгруппы употребления опиоидов с ВП (чувствительность модели – 93,3%, специфичность – 90,7%).

$$P = 1 / (1 + e^{21,453 \cdot e^{-3,269 \cdot x_1} \cdot e^{-3,226 \cdot x_2} \cdot e^{-2,057 \cdot x_3} \cdot e^{-4,935 \cdot x_4}}) \quad (\text{формула 1}), \text{ где:}$$

P – вероятность принадлежности к группе (принимает значения в диапазоне от 0 до 1);
21,453 – константа регрессионного уравнения;

-3,269 – коэффициент регрессии для переменной «Отягощенная наследственность наркологическими заболеваниями по одной линии»;

-3,226 – коэффициент регрессии для переменной «Школьное обучение по массовой программе»;

-2,057 – коэффициент регрессии для переменной «Статус «не работает/не учится»;

-4,935 – коэффициент регрессии для переменной «Совместное проживание с партнером»;

x1 – значение переменной «Отягощенная наследственность наркологическими заболеваниями по одной линии»;

x2 – значение переменной «Школьное обучение по массовой программе»;

x3 – значение переменной «Статус «не работает/не учится»;

x4 – значение переменной «Совместное проживание с партнером».

2. Уравнение логистической регрессии для подгруппы употребления летучих растворителей с ВП (чувствительность модели – 74,7%, специфичность – 88,9%).

$$P = 1/(1 + e^{11,266 \cdot e^{-2,094 \cdot x_1} \cdot e^{-2,994 \cdot x_2} \cdot e^{-2,737 \cdot x_3}}) \text{ (формула 2), где:}$$

P – вероятность принадлежности к группе (принимает значения в диапазоне 0-1);
 11,266 – константа регрессионного уравнения;
 -2,094 – коэффициент регрессии для переменной «Статус «не работает и не учится»»;
 -2,994 – коэффициент регрессии для переменной «Проживание в интернате»;
 -2,737 – коэффициент регрессии для переменной «Побег из дома (или интерната)/временное проживание в приюте»;
 x1 – значение переменной «Статус «не работает и не учится»»;
 x2 – значение переменной «Проживание в интернате»;
 x3 – значение переменной «Побег из дома (или интерната)/временное проживание в приюте».

3. Уравнение логистической регрессии для подгруппы употребления алкоголя с ВП (чувствительность модели – 73,7%, специфичность – 98,7%).

$$P = 1/(1 + e^{41,516 \cdot e^{-3,182 \cdot x_1} \cdot e^{-3,479 \cdot x_2} \cdot e^{-10,907 \cdot x_3} \cdot e^{-4,617 \cdot x_4} \cdot e^{5,966 \cdot x_5} \cdot e^{-7,3 \cdot x_6}}) \text{ (формула 3), где:}$$

P – вероятность принадлежности к группе (принимает значения в диапазоне 0-1);
 41,516 – константа регрессионного уравнения;
 -3,182 – коэффициент регрессии для переменной «Неполная семья»;
 -3,479 – коэффициент регрессии для переменной «Коррекционная школьная программа»;
 -10,907 – коэффициент регрессии для переменной «Вспомогательная школьная программа»;
 -4,617 – коэффициент регрессии для переменной «Статус «школьник»»;
 5,966 – коэффициент регрессии для переменной «Статус «не работает и не учится»»;
 -7,300 – коэффициент регрессии для переменной «Проживание в интернате»;
 x1 – значение переменной «Неполная семья»;
 x2 – значение переменной «Коррекционная школьная программа»;
 x3 – значение переменной «Вспомогательная школьная программа»;
 x4 – значение переменной «Статус «школьник»»;
 x5 – значение переменной «Статус «не работает и не учится»»;
 x6 – значение переменной «Проживание в интернате».

4. Уравнение логистической регрессии для подгруппы употребления стимуляторов с ВП (чувствительность модели – 84,6%, специфичность – 92,5%).

$$P = 1/(1 + e^{12,107 \cdot e^{-4,163 \cdot x_1} \cdot e^{3,174 \cdot x_2} \cdot e^{2,809 \cdot x_3} \cdot e^{-4,093 \cdot x_4} \cdot e^{-5,303 \cdot x_5}}) \text{ (формула 4),}$$

где

P – вероятность принадлежности к группе (принимает значения в диапазоне 0-1);
 12,107 – константа регрессионного уравнения;

-4,163 – коэффициент регрессии для переменной «Наследственность наркологическими заболеваниями неотягощена»;
 3,174 – коэффициент регрессии для переменной «Сирота или родитель(и) лишены прав»;
 2,809 – коэффициент регрессии для переменной «Статус «не работает и не учится»»;
 -4,093 – коэффициент регрессии для переменной «Побег из дома (или интерната)/временное проживание в приюте»;
 -5,303 – коэффициент регрессии для переменной «Совместное проживание с партнером»;
 x1 – значение переменной «Наследственность наркологическими заболеваниями неотягощена»;
 x2 – значение переменной «Сирота или родитель(и) лишены прав»;
 x3 – значение переменной «Статус «не работает и не учится»»;
 x4 – значение переменной «Побег из дома (или интерната)/временное проживание в приюте»;
 x5 – значение переменной «Совместное проживание с партнером».

Клинико-динамическая характеристика РП. Результаты исследования выявили, что из 5 форм РП наиболее часто встречалось социализированное расстройство поведения (71,7%) по сравнению с гиперкинетическим расстройством поведения (15,4%), расстройством поведения, ограничивающимся условиями семьи (1,3%), несоциализированным расстройством поведения (8,2%) и оппозиционно-вызывающим расстройством (3,4%) ($\chi^2=493,6$, $p<0,001$). Все формы РП чаще встречались в 14-15 лет, кроме оппозиционно-вызывающего расстройства, характерного для возраста 12-14 лет. Половые различия в распространенности РП заключались в преобладании гиперкинетического расстройства поведения у мальчиков-подростков и социализированного расстройства поведения у девочек-подростков. Обнаружено, что у пациентов с гиперкинетическим расстройством поведения чаще встречается употребление алкоголя с ВП и употребление стимуляторов с ВП ($p<0,001$), а при социализированном расстройстве поведения – употребление опиоидов с ВП и летучих растворителей с ВП ($p<0,001$). Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи, встречалось только у пациентов из полной семьи, а оппозиционно-вызывающее расстройство – у пациентов, родители которых умерли или лишены прав (воспитанники детских домов).

Клинико-динамическое наблюдение позволило выявить следующие закономерности трансформации РП на фоне употребления ПАВ в подростковом возрасте. Гиперкинетическое расстройство поведения в 31,1% случаях трансформировалось в другие формы поведенческих расстройств (социализированное – 26,7% и несоциализированное – 4,4%), а в 68,9% случаях наблюдалась его трансформация в органические расстройства (легкое когнитивное расстройство – 28,9%, органическое эмоционально лабильное расстройство – 20,0% и органическое расстройство личности – 20,0%). В диссоциальное расстройство личности трансформировалось несоциализированное (20,8%) и социализированное расстройства поведения (7,1%). Оппозиционно-вызывающее расстройство как форма поведенческих

расстройств, характерная для младших школьников, у подростков встречалась в рамках парциального психического недоразвития.

В зависимости от сроков манифестации РП все пациенты были разделены на 2 группы – с ранним началом – до 10 лет (43,9%) и с поздним началом РП – с 10 лет (56,1%) ($p>0,1$). Исследование ранних проявлений РП, начавшихся до 10 лет, с помощью клинико-anamnestической анкеты позволило говорить о следующих закономерностях. Гиперкинетическое расстройство поведения чаще возникало до 10 лет – 89,3% случаев ($p<0,001$). Несоциализированное расстройство поведения одинаково часто начиналось как до 10 лет, так и в более старшем возрасте ($p>0,5$). Социализированное расстройство поведения чаще манифестировало в возрасте 10 лет и старше – 65,5% случаев ($p<0,001$). У мальчиков-подростков по сравнению с девочками-подростками до 10 лет чаще начиналось гиперкинетическое расстройство поведения ($\chi^2=12,4$, $p<0,001$) и реже социализированное расстройство поведения ($\chi^2=16,4$, $p<0,001$).

Выявленные закономерности подтвердились исследованием РП с помощью рейтинговых шкал (рисунок 1). Средние значения шкал «позитивное поведение», «расстройства поведения» и «оппозиция» достоверно преобладают при позднем начале РП. При раннем начале РП отмечаются достоверно более высокие цифры шкал «гиперактивность», «невнимательность» и «эмоциональные нарушения». Не отмечено достоверных различий по шкале «сензитивность».

Таким образом, у пациентов с ранним началом РП преобладали численные значения шкал, выявляющих симптомы гиперкинетического расстройства поведения («гиперактивность» и «невнимательность»), а у пациентов с поздним началом РП были выше значения шкал, содержащих симптомы социализированного, несоциализированного и оппозиционно-вызывающего расстройств поведения («расстройства поведения» и «оппозиция»).

Расчет различий средних значений рейтинговых шкал РП в зависимости от вида употребляемого ПАВ с ВП с помощью однофакторного дисперсионного анализа (апостериорное множественное сравнение) не выявил достоверных различий ($p>0,05$). Это говорит о том, что пациенты, употребляющие разные ПАВ с ВП, не отличаются друг от друга по количественным значениям форм РП, на фоне которых данный вид аддиктивного поведения развивался (таблица 1).

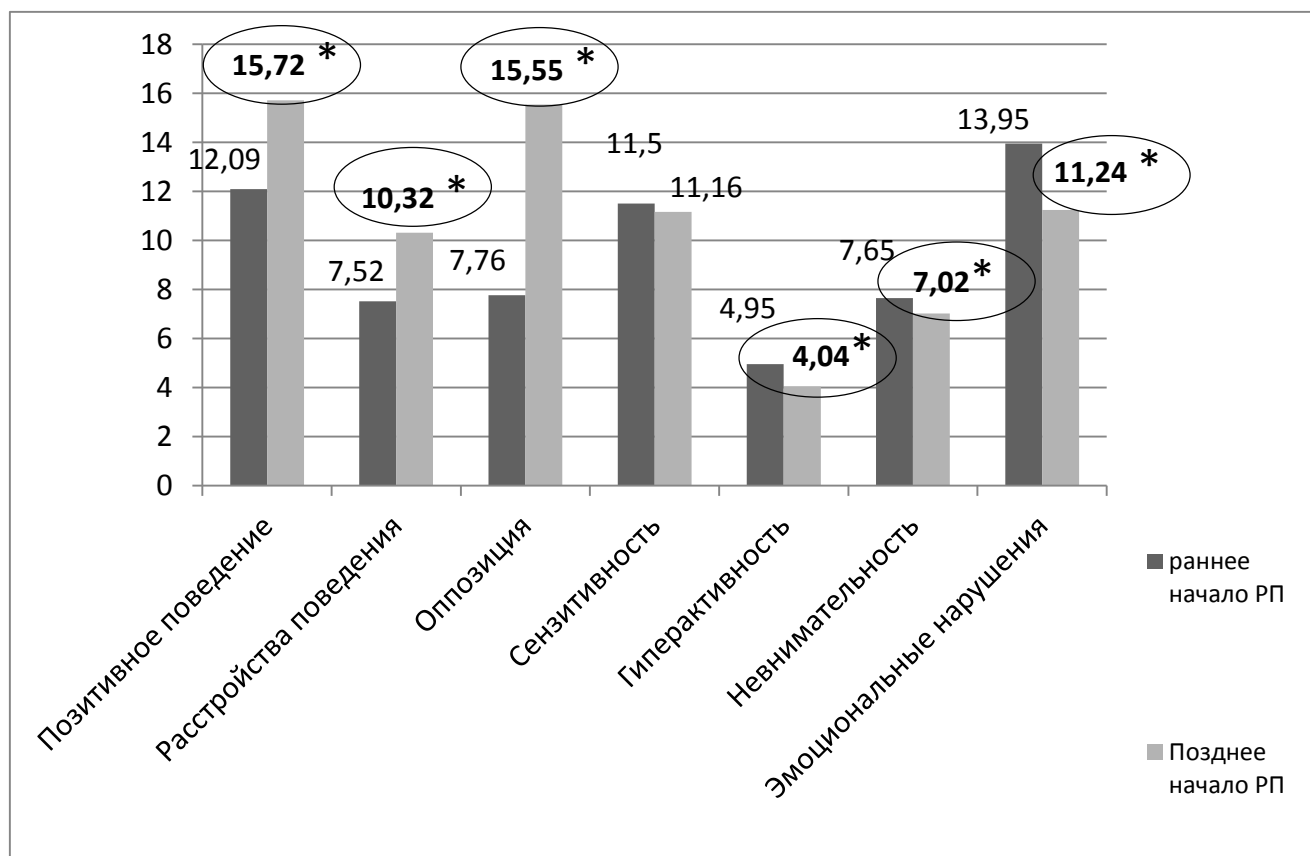


Рисунок 1. Средние значения шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей» у пациентов с разными сроками начала РП.

Примечание: * – различия статистические достоверны по критерию t-Стьюдента.

Таблица 1 – Рейтинг тяжести РП при разных видах употребляемых ПАВ

шкалы	1 подгруппа M±m	2 подгруппа M±m	3 подгруппа M±m	4 подгруппа M±m
Позитивное поведение	14,17±0,48	14,56±0,37	14,19±0,79	13,69±1,04
Расстройства поведения	7,51±0,88	5,86±0,60	7,83±0,99	7,22±0,70
Оппозиция	10,88±0,60	10,26±0,52	9,94±0,85	11,81±1,19
Сензитивность	11,24±0,73	12,64±0,65	11,73±0,87	10,38±1,28
Гиперактивность	4,66±0,39	4,59±0,39	5,29±0,69	4,38±0,71
Невнимательность	7,88±0,37	7,25±0,33	7,50±0,46	7,69±0,62
Эмоциональные нарушения	12,26±0,91	12,32±0,83	13,52±0,95	11,59±1,47

Примечание: 1 подгруппа – употребление опиоидов с ВП, 2 подгруппа – употребление летучих растворителей с ВП, 3 – употребление алкоголя с ВП, 4 – употребление стимуляторов с ВП.

Исследование ранних проявлений РП с помощью «Клинико-анамнестической анкеты» показало, что гиперкинетическое расстройство поведения в возрасте до 10 лет во всех случаях проявлялось гиперкинетическими симптомами, а в дошкольном возрасте – симптомами реактивного расстройства привязанности. Ранними проявлениями несоциализированного расстройства поведения были гиперкинетические симптомы, симптомы оппозиционно-вызывающего расстройства, а в дошкольном возрасте – симптомы реактивного расстройства привязанности. Социализированное расстройство поведения до 10 лет проявлялось гиперкинетическими симптомами, симптомами оппозиционно-вызывающего расстройства, социализированного расстройства поведения (агрессивного поведения), а в дошкольном возрасте – расторможенного расстройства привязанности.

Клинико-динамическая характеристика употребления ПАВ и его последствий. Клинико-динамическое наблюдение за пациентами в течение 5-20 месяцев (в среднем $13,1 \pm 0,7$ мес.) позволило говорить о нарастании количественных характеристик употребления ПАВ и его последствий, что подтверждается достоверным увеличением рейтинга тяжести большинства шкал «ЕвроАДАД» (рисунок 2). Исключение составила шкала «употребление алкоголя», по которой отмечено достоверное снижение среднего значения ($t=5,4$, $p<0,001$). То есть при увеличении числовых значений рейтинга употребления наркотиков наблюдалось снижение количественных характеристик сопутствующего употребления алкоголя, что отражает возрастные закономерности динамики аддиктивного поведения у подростков. Указанная закономерность была характерна для пациентов, употребляющих разные виды ПАВ с ВП. У пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, среднее значение шкалы «употребление наркотиков» достоверно не изменилось ($t=1,4$, $p>0,1$), а среднее значение шкалы «употребление алкоголя» достоверно возросло ($t=9,6$, $p<0,001$).

Тяжесть и последствия употребления ПАВ отличались у подростков с разным сроком начала РП. При повторном обследовании выявлено, что у пациентов с ранним началом РП достоверно преобладали средние значения шкалы «физическое здоровье/болезнь», «психическая адаптация/психопатология» и «употребление наркотиков», а у пациентов с поздним началом были достоверно выше, чем средние значения шкал «общественное поведение», «противоправные действия» и «употребление алкоголя» (рисунок 3). Таким образом, у пациентов с ранним началом РП оказались более выраженными количественные характеристики употребления ПАВ и медико-психопатогические его последствия, а у пациентов с поздним началом РП преобладали социально-юридические последствия употребления ПАВ и большие значения сопутствующего употребления алкоголя. Отмеченные различия были характерны для подгрупп пациентов, употребляющих разные виды ПАВ с ВП.

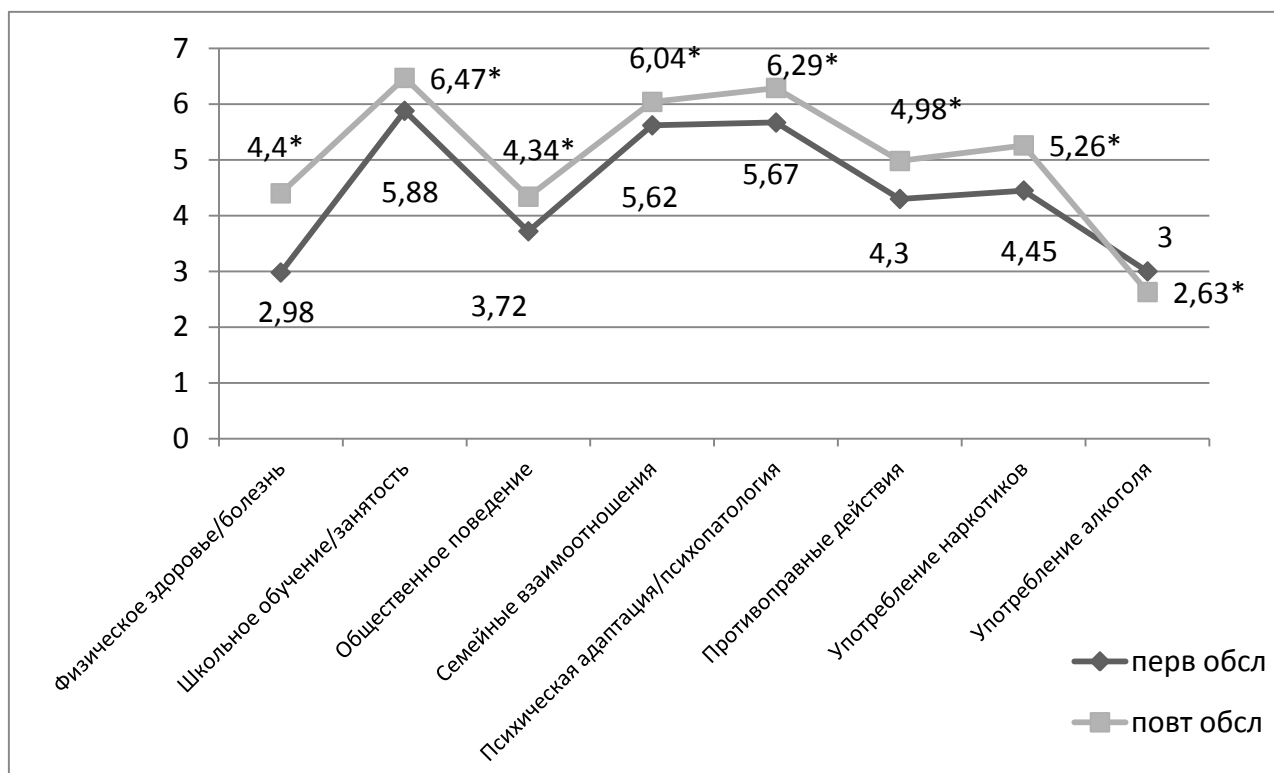


Рисунок 2. Рейтинг тяжести употребления ПАВ и его последствий при первичном и повторном обследовании.

Примечание: * – различия статистически достоверны по критерию t-Стьюдента для зависимых выборок.

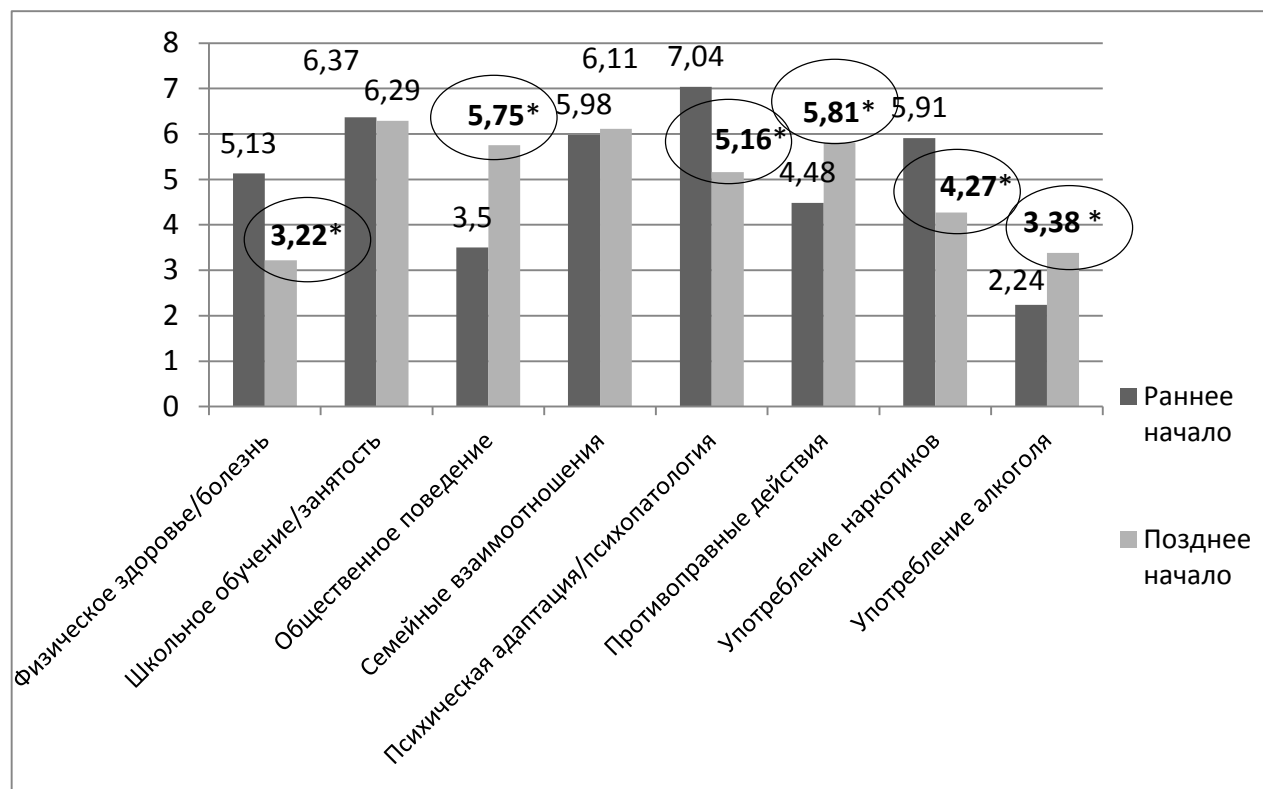


Рисунок 3. Рейтинг тяжести употребления ПАВ при разных сроках начала РП.

Примечание: * – различия статистически достоверны по критерию t-Стьюдента.

Связь форм РП, употребления ПАВ и его последствий. Для изучения связи форм РП, тяжести употребления ПАВ и его последствий был проведен факторный анализ количественных значений шкал «Низонжеровский опросник оценки поведения детей» и «ЕвроАДАД». Построение графика собственных значений позволило отобрать для анализа 3 фактора с объясненной дисперсией 50,3%. Значения факторных нагрузок после Varimax-вращения факторов (метод – «максимум правдоподобия») представлены в таблице 2.

Из таблицы 2 видно, что 1 фактор составили шкалы «расстройства поведения», «оппозиция», «общественное поведение», «семейные взаимоотношения», «противоправные действия», «употребление наркотиков». Во 2 фактор вошли шкалы «гиперактивность», «невнимательность», «эмоциональные нарушения», «физическое здоровье/болезнь», «семейные взаимоотношения», «психическая адаптация/психопатология», «употребление наркотиков» и с отрицательным значением шкала «позитивное поведение». 3 фактор составили шкалы «сензитивность» и «употребление алкоголя». Шкала «употребление наркотиков» явилась составляющей как 1, так и 2 факторов, что позволяет предположить разные кондуктивные (поведенческие) механизмы использования ПАВ в каждом из этих двух случаев.

Таблица 2 – Повернутая факторная матрица

Шкалы	Факторы		
	1	2	3
«Позитивное поведение»	-0,272	-0,659	0,362
«Расстройства поведения»	0,741	0,133	-0,245
«Оппозиция»	0,610	0,220	0,031
«Сензитивность»	-0,173	0,314	0,755
«Гиперактивность»	-0,035	0,797	-0,080
«Невнимательность»	-0,197	0,781	-0,253
«Эмоциональные нарушения»	-0,023	0,573	0,361
«Физическое здоровье/болезнь»	-0,261	0,632	-0,009
«Школьное обучение/занятость»	0,387	0,321	0,031
«Общественное поведение»	0,707	-0,244	0,020
«Семейные взаимоотношения»	0,543	0,479	-0,039
«Психическая адаптация/психопатология»	-0,183	0,508	0,383
«Противоправные действия»	0,644	0,397	-0,044
«Употребление наркотиков»	0,574	0,419	-0,117
«Употребление алкоголя»	0,299	0,156	0,539

Таким образом, анализ факторной структуры позволил говорить о трех линиях взаимосвязи РП и употребления ПАВ с ВП у подростков. Они соответствуют трем клиническим разновидностям аддиктивного поведения, формирующимся на основе диссоциально-личностных поведенческих расстройств, гиперкинетических (органических) поведенческих расстройств и

личностно-невротических расстройств сензитивного круга. Последняя разновидность объясняет механизмы формирования сопутствующего употребления алкоголя при разных видах используемых ПАВ. Факторная модель в подгруппах пациентов, употребляющих различные виды ПАВ, имеет структурное сходство. Оно заключается в наличии во всех случаях 3 факторов, представленных относительно устойчивыми составляющими, что позволяет предположить единство клинико-психопатологической «почвы» формирования разных видов аддиктивного поведения.

Адаптационная система личности пациентов. Механизмы психологической защиты. Исследование механизмов психологической защиты (МПЗ) показало, что средние значения МПЗ и показатель общей напряженности пациентов основной группы были достоверно выше по сравнению с лицами молодого возраста (контрольная группа) и мало отличался от профиля «защит» зависимых от опиоидов пациентов молодого возраста (группа сравнения). Исключение составил МПЗ «регрессия», значение которого было достоверно выше в группе сравнения (рисунок 4). То есть можно говорить об избыточном, «перенапряженном» характере защитного поведения подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП, сопоставимом с наркозависимыми пациентами молодого возраста.

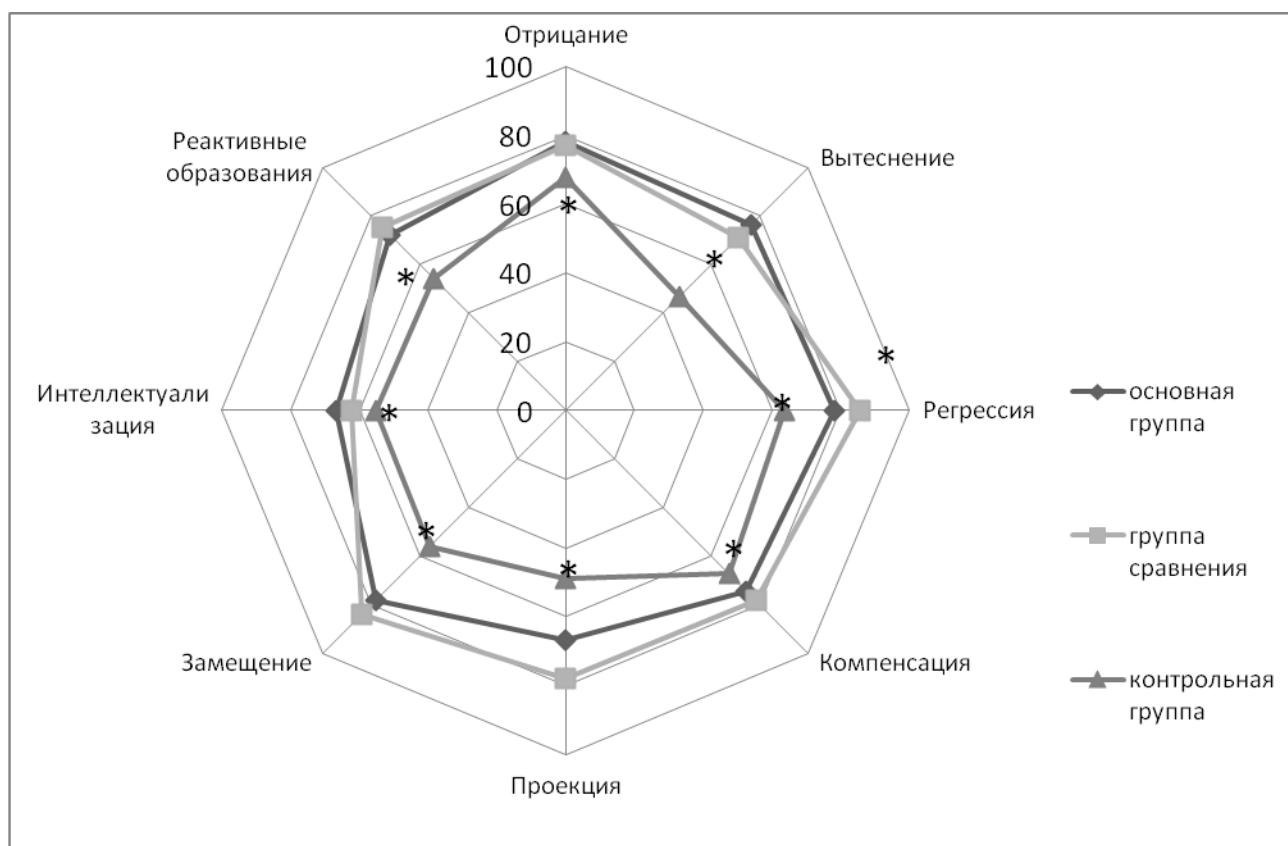


Рисунок 4. Средние значения МПЗ в основной, контрольной группах и группе сравнения.

Примечание: * – различия статистически достоверны по критерию U Манна-Уитни.

Пациенты, употребляющие различные виды ПАВ с ВП, мало отличались друг от друга по профилю МПЗ. Различия касались лишь более высоких цифр «отрицания» у пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП, по сравнению со всеми другими подгруппами пациентов и достоверно более низких средних значений «компенсации» у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП.

Изучение взаимосвязи отдельных типов МПЗ с помощью корреляционного анализа переменных показало закономерности их статистического группирования (рисунок 5). Из рисунка 5 видно, что наибольшее число корреляционных связей друг с другом имеют переменные «регрессия», «замещение», «компенсация» и «проекция». Большинство МПЗ связаны умеренной корреляционной связью, а «регрессия» и «замещение» – сильной (коэффициент ранговой корреляции Спирмена $\rho=0,705$). Отмеченная закономерность наблюдалась у пациентов разного пола (мальчики-подростки и девочки-подростки) и в разных подгруппах употребления ПАВ с ВП (опиоиды, летучие растворители, алкоголь, стимуляторы). Таким образом, можно говорить о преобладающем «стиле» защитного поведения у подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП.

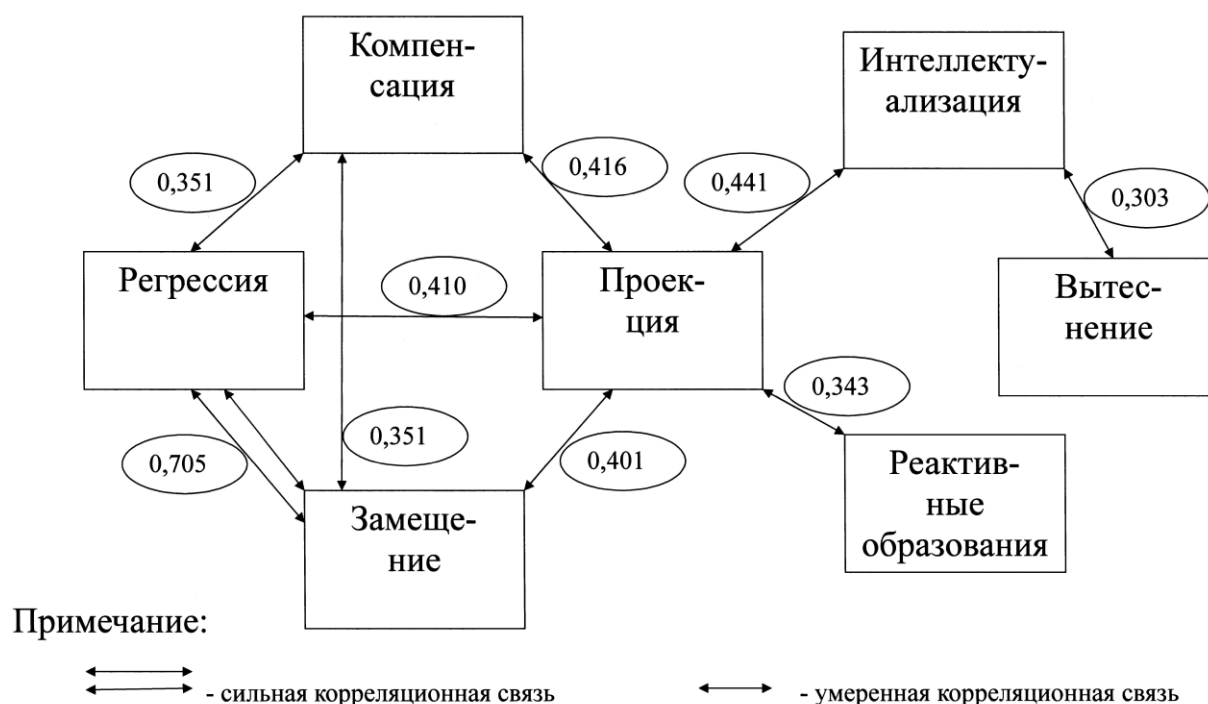


Рисунок 5. Корреляционные плеяды шкал «Индекс жизненного стиля» пациентов основной группы (с указанием коэффициентов ранговой корреляции Спирмена).

Совладающее поведение. У подростков основной группы по сравнению с лицами молодого возраста (контрольная группа) отмечались достоверно более высокие значения неконструктивных типов совладающего поведения (ТСП)

«конфронтация», «дистанцирование» и «бегство-избегание» и относительно конструктивного типа «самоконтроль» (рисунок 6). По сравнению с зависимыми от опиоидов пациентами молодого возраста (группа сравнения) у подростков основной группы были достоверно меньше выражены конструктивные ТСП «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности», «бегство-избегание» и «планирование решения проблемы». Таким образом, основная группа отличалась как от здоровых молодых людей, так и от опиоидозависимых пациентов молодого возраста менее конструктивным совладающим стилем.

Исследование совладающего поведения в подгруппах пациентов, употребляющих разные виды ПАВ с ВП, показало, что наименьшие значения большинства ТСП выявлялись у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП (за исключением «планирования решения проблем»).

Изучение взаимосвязи типов ТСП с помощью кластерного анализа переменных показало, что наиболее устойчивое сочетание в рамках первого кластера во всех случаях представляли переменные «дистанцирование», «бегство-избегание» и «самоконтроль». Из них наиболее близко оказались связаны «дистанцирование» и «бегство-избегание» ($r=0,647$) (рисунок 7). Составляющие второго и третьего кластера у пациентов разного пола и в подгруппах пациентов, употребляющих разные виды ПАВ с ВП, были менее постоянными.

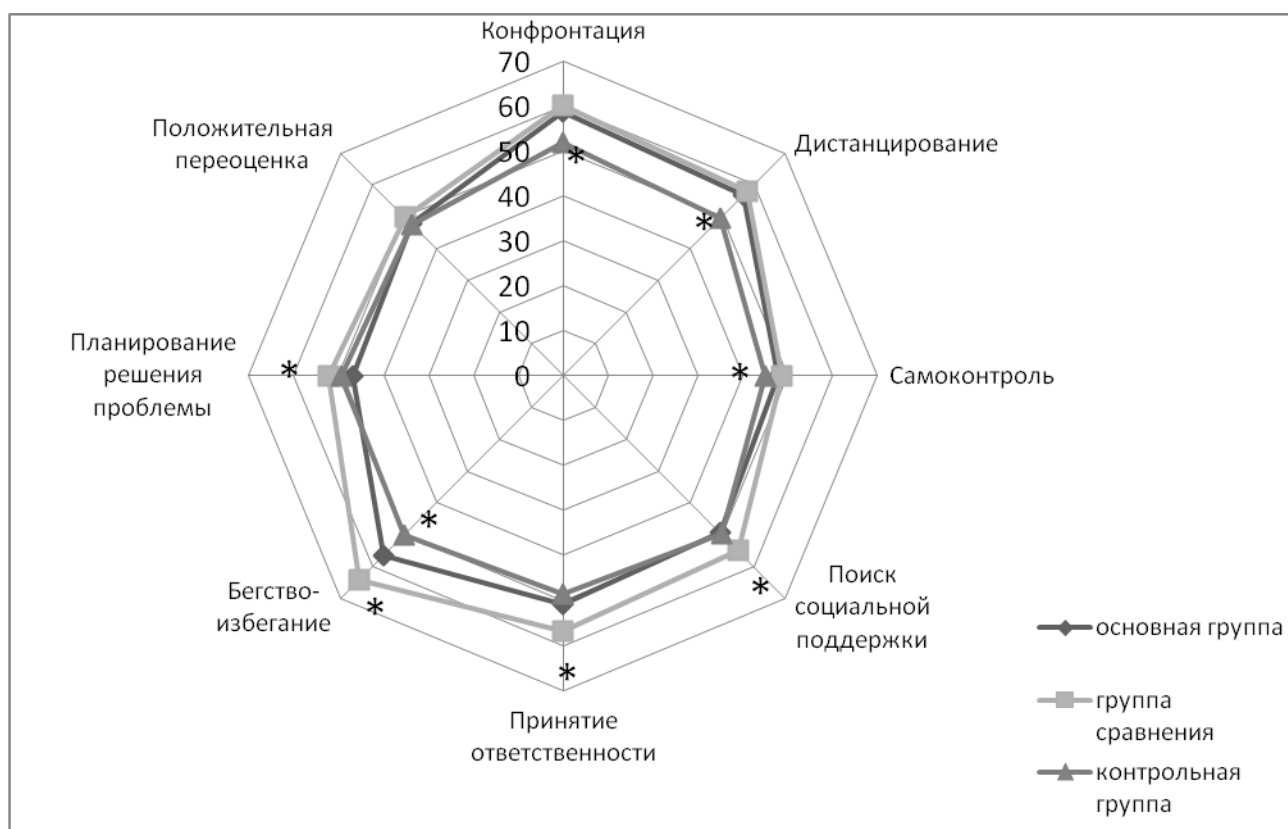


Рисунок 6. Средние значения ТСП в основной, контрольной группах и группе сравнения.

Примечание: * — различия статистически достоверны по критерию t-Стьюдента.



Рисунок 7. Дендрограмма объединения переменных – шкал «Копинг-теста» в кластеры (пациенты основной группы).

Исследования свойств личности с помощью проективной методики «Тест руки» выявило отсутствие достоверных различий у пациентов разного пола и в подгруппах, употребляющих разные виды ПАВ с ВП. Исключение составила шкала «напряжение», которая была выше у пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП. Особенностью личностных характеристик подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП по сравнению со здоровыми людьми (сравнивались контрольные цифры авторов методики) были достоверно более высокие средние значения шкалы «агрессия» и меньшие значения шкал «страх» и «описание». Отмеченные особенности были характерны как для мальчиков-подростков, так и для девочек-подростков. Индекс открытого агрессивного поведения старших подростков основной группы ($1,60 \pm 0,84$) был достоверно выше по сравнению с младшими подростками ($0,07 \pm 0,49$). По абсолютному значению он превышал порог готовности к открытой агрессии ($>1,0$), что свидетельствует о большой вероятности ее внешнего проявления. Значение индекса открытого агрессивного поведения у младших подростков было типично для формы агрессии, ограниченной хорошо знакомой обстановкой. Выявленные закономерности были одинаково характерны для подростков из полных и неполных семей.

Мотивы употребления ПАВ, их связь с клинико-динамическими и адаптационно-личностными характеристиками. На основе клинической беседы, дополненной лексико-семантическим анализом высказываний, все пациенты были разделены на 2 группы: 1) пациенты с мотивами коррекции эмоционально-негативного состояния (КЭ) (171 чел., 58,4%); 2) пациенты с мотивами стимуляции эмоционально-позитивного состояния (СЭ) (111 чел.,

37,9%). Достоверно преобладали пациенты с мотивами КЭ ($p < 0,001$). Результаты дискриминантного анализа количественных значений шкал «Опросника употребления алкоголя/психоактивных веществ» подтвердили обоснованность эмпирического разделения пациентов на 2 мотивационные группы, позволили отнести неклассифицированных пациентов (11 чел., 3,8%) к одной из 2-х выделенных групп и скорректировать принадлежность к ним 25 пациентов (8,5%) исходя из статистически значимого предсказания. Общий показатель предсказанной принадлежности составил 91,1%, что позволяет говорить о высоком уровне совпадений клинических и психометрических методик при изучении аддиктивных мотивов.

Клинико-динамическое изучение количественных показателей употребления ПАВ и его последствий в разных мотивационных группах показало, что у пациентов с мотивами КЭ при более выраженных количественных показателях употребления наркотиков выявляются большие психопатологические и медицинские последствия употребления (рисунок 8). Для пациентов с мотивами СЭ было характерно преобладание социально-юридических последствий употребления ПАВ и большие количественные показатели сопутствующего употребления алкоголя. В аспекте влияния на школьное обучение/занятость и семейные взаимоотношения между разными мотивационными группами различий не обнаружено. Отмеченная закономерность была схожей в подгруппах пациентов, употребляющих разные виды ПАВ с ВП. Исключение составили пациенты, употребляющие летучие растворители с мотивами КЭ, которые отличались от других подгрупп более выраженными показателями семейной дезадаптации.

Выявлено, что среди пациентов с мотивами КЭ было достоверно больше пациентов, употребляющих опиоиды с ВП ($\chi^2 = 3,924$, $p < 0,05$) и употребляющих летучие растворители с ВП ($\chi^2 = 12,873$, $p < 0,001$), по сравнению с такими же пациентами с мотивами СЭ.

Исследование защитного поведения в разных мотивационных группах в динамике показало, что у пациентов с мотивами КЭ отмечалось достоверное преобладание таких типов МПЗ, как «регрессия», «компенсация», «проекция», «замещение» и «реактивные образования», а у пациентов с мотивами СЭ – «отрицание» (рисунок 9). Таким образом, выявленные различия между мотивационными группами отражают более благоприятный профиль защитного поведения у пациентов с мотивами СЭ.

Изучение совладающего поведения у пациентов разных мотивационных групп показало его более конструктивный характер у пациентов с мотивами СЭ. У них отмечалось преобладание ТСП «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности» и «планирование решения проблемы» и были менее выражены «дистанцирование», «самоконтроль» и «бегство-избегание» (рисунок 10). Обозначенные особенности защитно-совладающего поведения разных мотивационных групп более четко прослеживались при повторном обследовании, что подтверждает клинико-прогностические различия групп пациентов с разными мотивами употребления ПАВ.

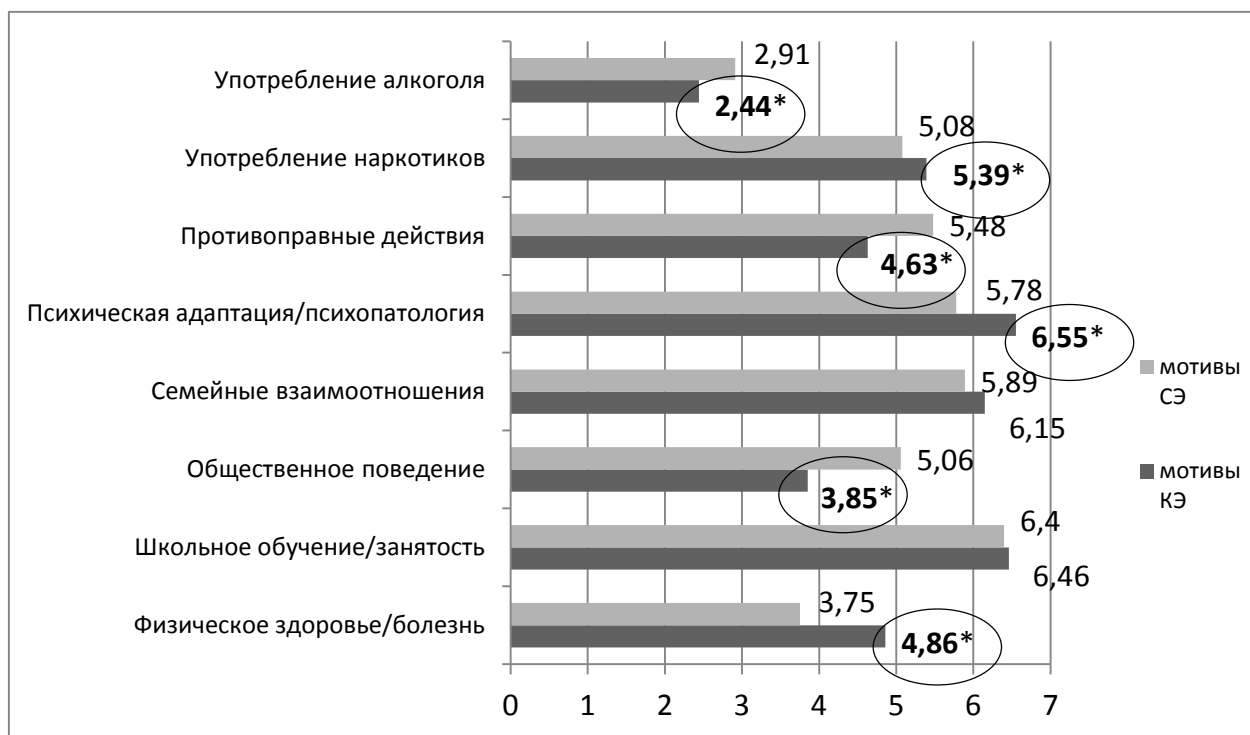


Рисунок 8. Рейтинг тяжести употребления ПАВ в зависимости от мотивационной группы.

Примечание: * – различия статистически достоверны по критерию t-Стьюдента.

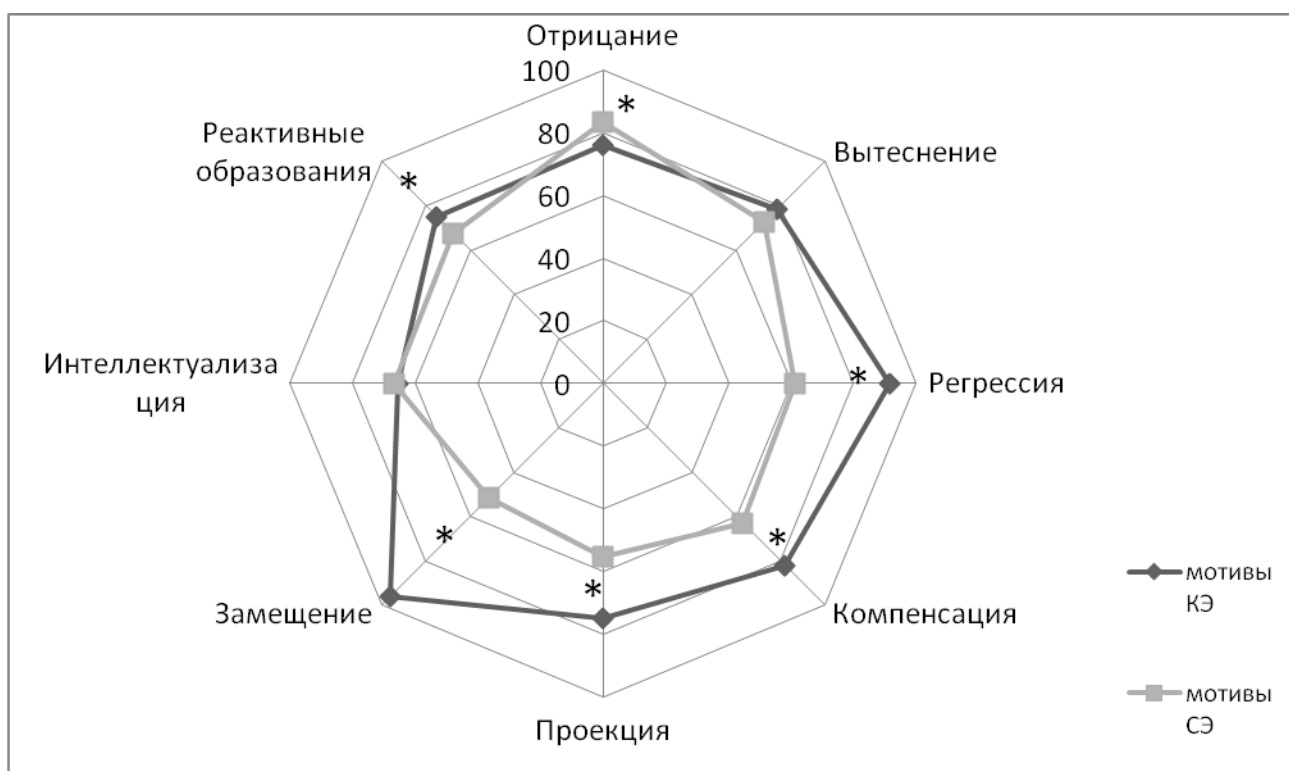


Рисунок 9. МПЗ у пациентов с разными мотивами употребления ПАВ.

Примечание: * – различия статистически достоверны по критерию U Манна-Уитни.



Рисунок 10. ТСП у пациентов с разными мотивами употребления ПАВ.
Примечание: * – различия статистически достоверны по критерию t-Стьюдента

Оценка родительского отношения в семьях подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП. Оценка родительского отношения по методике «Подростки о родителях» проводилась у 39 подростков из полных семей и у 150 подростков из неполных семей. Среди пациентов из неполных семей 111 чел. (58,7%) воспитывались только матерью, а 39 чел. (20,6%) – только отцом.

В полных семьях диагностический профиль шкал матерей и отцов соответствовал враждебно-подавляющему типу родительского отношения. Согласно методике «Подростки о родителях», это – сочетание наиболее высоких значений шкал «враждебность», «директивность» и «непоследовательность» (или «враждебность», «автономность» и «непоследовательность») (рисунок 11). При этом различие между воспитательной позицией матерей и отцов заключалась в достоверном преобладании значения шкалы «директивность» у матерей ($p < 0,05$) и «автономность» у отцов ($p < 0,05$).

В неполных семьях диагностический профиль шкал также соответствовал враждебно-подавляющему типу родительского отношения (рисунок 12). Однако здесь мы видим противоположные тенденции у воспитывающих в одиночку матерей и отцов. У отцов достоверно преобладало над матерями среднее значение шкалы «директивность» ($p < 0,001$), а у матерей – «автономность» ($p < 0,001$). Таким образом, воспитывающие в одиночестве отцы демонстрировали черты воспитания, сходные с теми, которые демонстрируют матери в полных семьях. Стиль воспитания одиноких матерей напоминает

воспитательную позицию отца в полной семье. Следует отметить более выраженную критичность у отцов, воспитывающих детей в одиночестве.

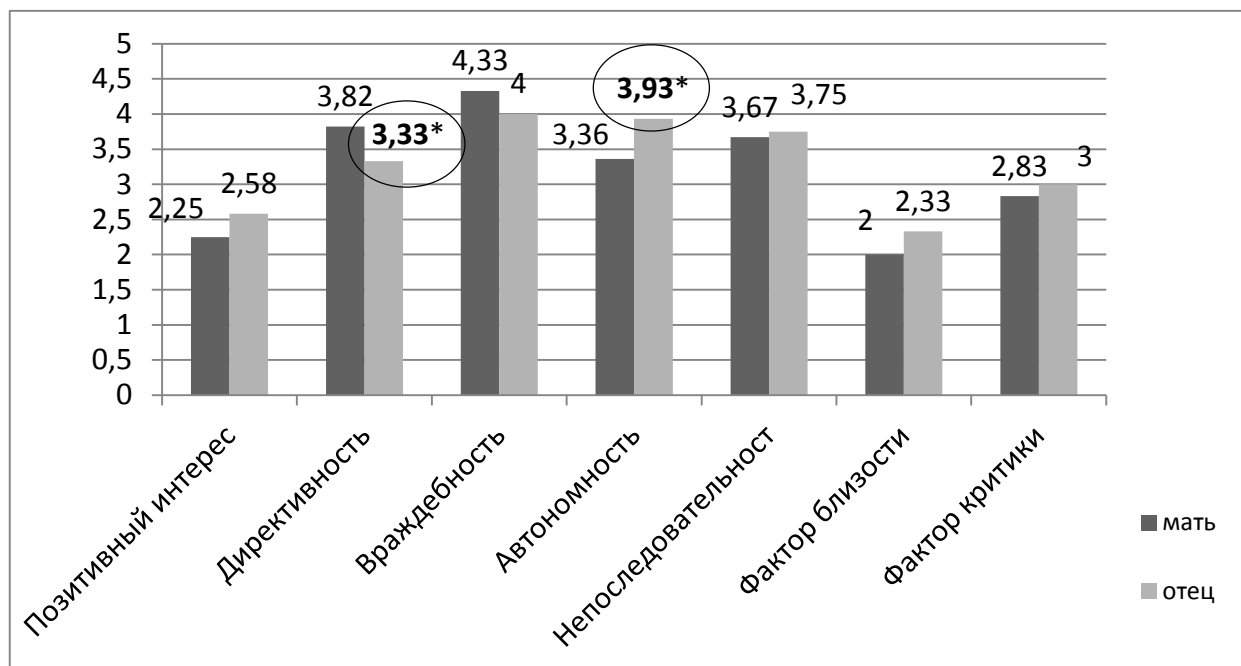


Рисунок 11. Средние значения шкал теста «Подростки о родителях» в полных семьях.

Примечание: * – различия статистически достоверны по критерию t-Стьюдента.

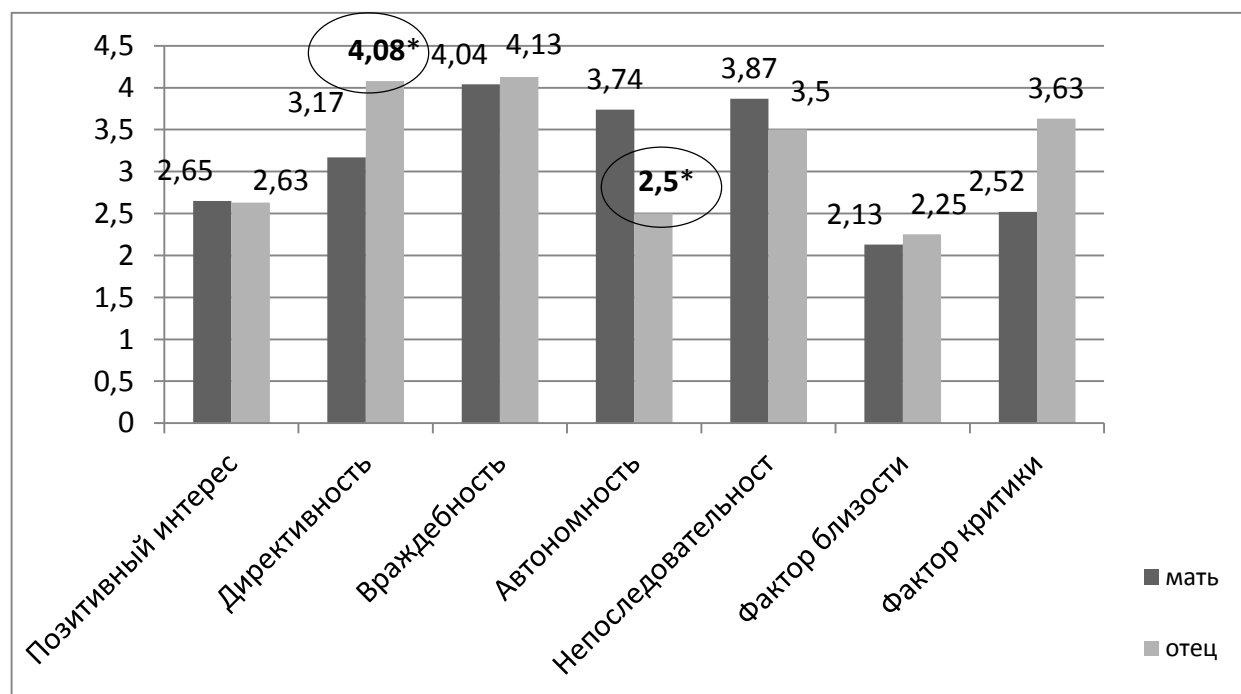


Рисунок 12. Средние значения шкал теста «Подростки о родителях» в неполных семьях.

Примечание: * – различия статистически достоверны по критерию t-Стьюдента.

Изучалась оценка родительского отношения у подростков младшей (12-15 лет) и старшей (16-17 лет) возрастных групп. Показано, что в младшей возрастной группе в полных семьях (результаты высчитывались в совокупности и для матерей, и отцов) отмечался враждебно-подавляющий тип родительского отношения. Такой же профиль шкал был характерен и для младшей возрастной группы в неполных семьях. Старшая возрастная группа отличалась по ведущему типу родительского отношения в полных и неполных семьях. В полных семьях выявлено открыто-враждебное родительское отношение. Согласно методике, это наиболее высокие значения шкал «враждебность», «автономность» и «директивность». В неполных семьях отмечалось отвергающе-отстраненное отношение (наиболее высокие значения шкал «директивность», «автономность» и «непоследовательность»).

ВИЧ-инфицированность у подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП. Среди подростков основной группы ВИЧ-инфицированность встречалась достоверно реже ($\chi^2=9,9$, $p<0,01$) по сравнению с пациентами молодого возраста группы сравнения (таблица 3). ВИЧ-инфицированность с разной частотой отмечалась при употреблении разных ПАВ с ВП (опиоиды, летучие растворители, алкоголь, стимуляторы) с достоверным преобладанием у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП ($p<0,01$).

Таблица 3 – Распространенность ВИЧ-инфицированности по подгруппам

подгруппы	ВИЧ-инфицированные		всего пациентов в группе	
	абс.	в %	абс.	в %
Употребление опиоидов с ВП	27	30,3	89	100,0
Употребление летучих растворителей с ВП	14	14,7	95	100,0
Употребление алкоголя	5	8,7	57	100,0
Употребление стимуляторов с ВП	6	11,5	52	100,0
Основная группа в целом	52	17,7	293	100,0
Группа сравнения	20	41,6	48	100,0

Исследование рейтинга тяжести употребления ПАВ и его последствий показало, что ВИЧ-позитивные пациенты отличаются от ВИЧ-негативных достоверно более высокими средними значениями шкал «физическое здоровье/болезни», «общественное поведение» и «психическая адаптация/психопатология» (рисунок 13). В то же время не выявлено достоверных различий средних значений шкал «школьное обучение/занятость», «семейные взаимоотношения», «противоправные действия», «употребление наркотиков» и «употребление алкоголя». Таким образом, при сходных количественных показателях употребления ПАВ и сопутствующего употребления алкоголя у ВИЧ-инфицированных отмечается преобладание медицинских, поведенческих и психопатологических последствий

употребления. То есть наблюдаются наиболее очевидные связанные с ВИЧ-инфицированием осложнения.

У ВИЧ-положительных подростков по сравнению с ВИЧ-негативными выявлено достоверное преобладание МПЗ «регрессия», «замещение», «реактивные образования» и достоверно меньшее значение МПЗ «проекция» (рисунок 14). Это характеризует защитный стиль пациентов основной группы как незрелый и мало адаптивный. Близкие результаты получены в группе сравнения, где у ВИЧ-положительных пациентов достоверно преобладали МПЗ «регрессия», «замещение» и «отрицание».

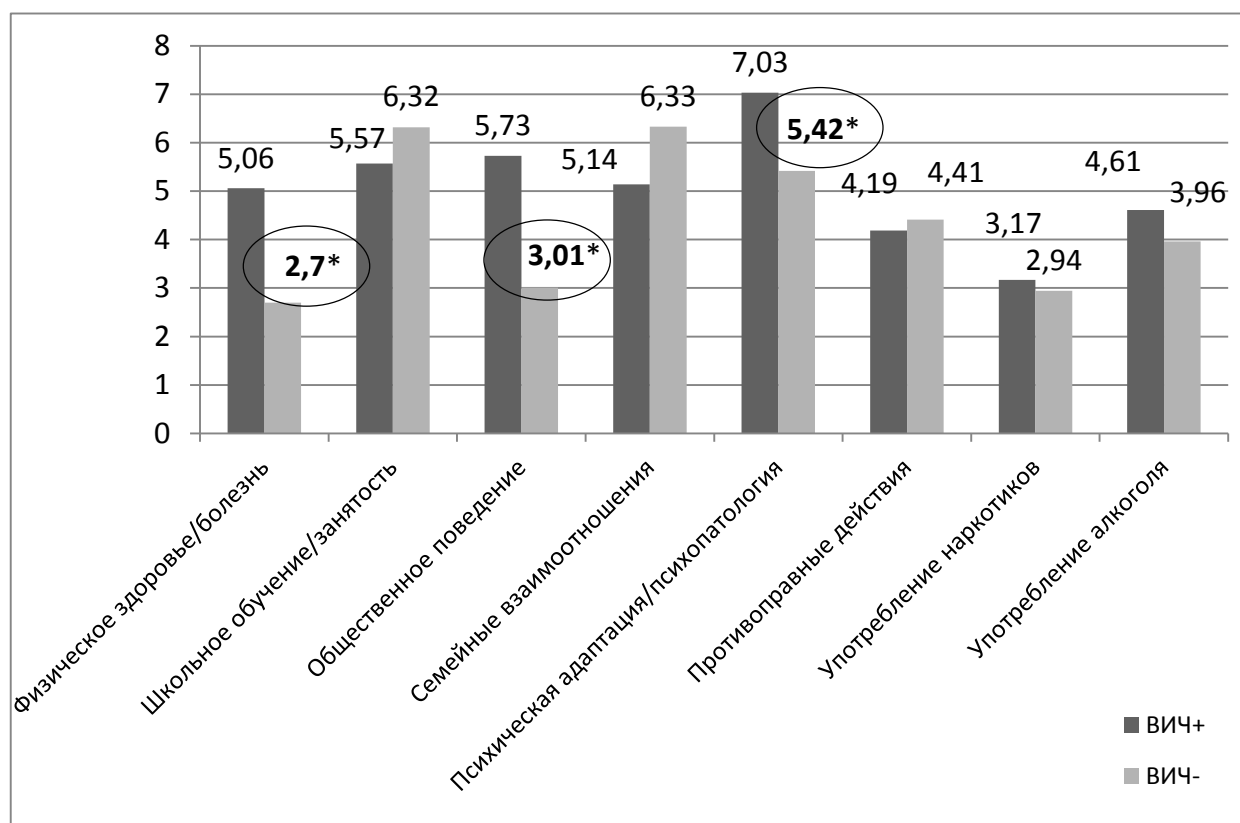


Рисунок 13. Рейтинг тяжести употребления ПАВ у ВИЧ-положительных и ВИЧ-негативных пациентов.

Примечание: * – различия статистически достоверны по критерию t-Стьюдента.

ВИЧ-положительные подростки достоверно чаще по сравнению с ВИЧ-негативными использовали ТСП «конфронтация» и реже – «планирование решения проблемы», что указывает на преобладание у них неконструктивных и дезадаптивных типов совладания (рисунок 15). ВИЧ-положительные пациенты молодого возраста (группа сравнения) по сравнению с ВИЧ-негативными также реже использовали конструктивные типы совладания – «поиск социальной поддержки» и «планирование решения проблемы».

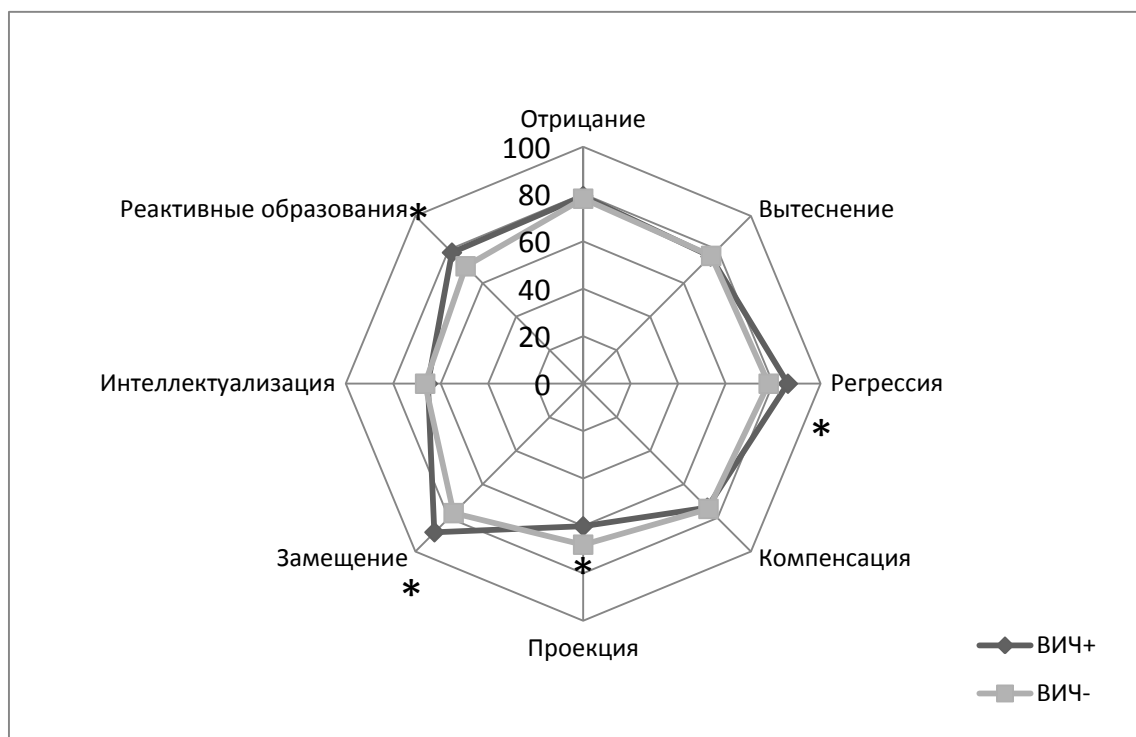


Рисунок 14. Механизмы психологической защиты ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациентов основной группы.

Примечание: * – различия статистически достоверны по U Манна-Уитни.

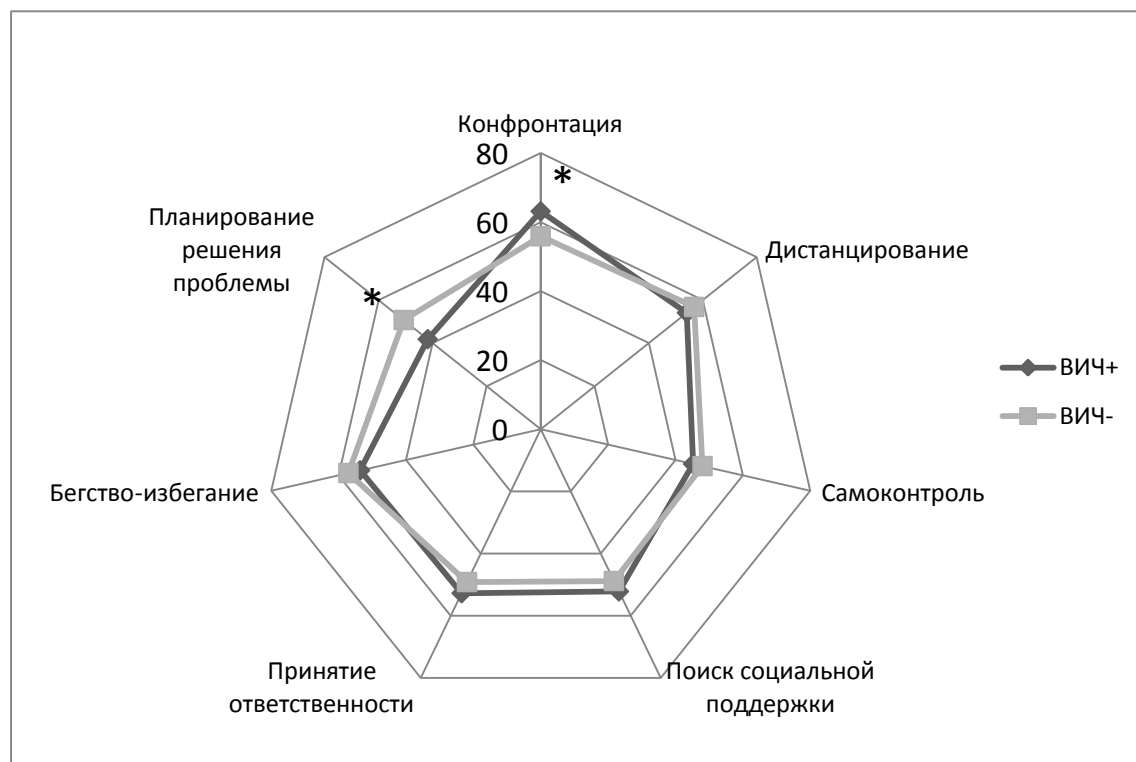


Рисунок 15. Типы совладающего поведения ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациентов основной группы.

Примечание: * – различия статистически достоверны по критерию t-Стьюдента.

Анализ диагностических профилей отношения к болезни показал, что в основной группе по отношению к группе сравнения достоверно чаще встречался «смешанный согласованный» профиль отношения к болезни. Согласно методике ТОБОЛ, это сочетание типов 2-го и 3-го диагностических блоков. Достоверно реже наблюдались «чистые» типы отношения к болезни и «диффузный» профиль (рисунок 16). Таким образом, для ВИЧ-инфицированных подростков было характерно тотально-дезадаптивное отношение к болезни, включающее в себя как механизмы интрапсихической (внутриличностной), так и интерпсихической (межличностной) нозогенной дезадаптации.

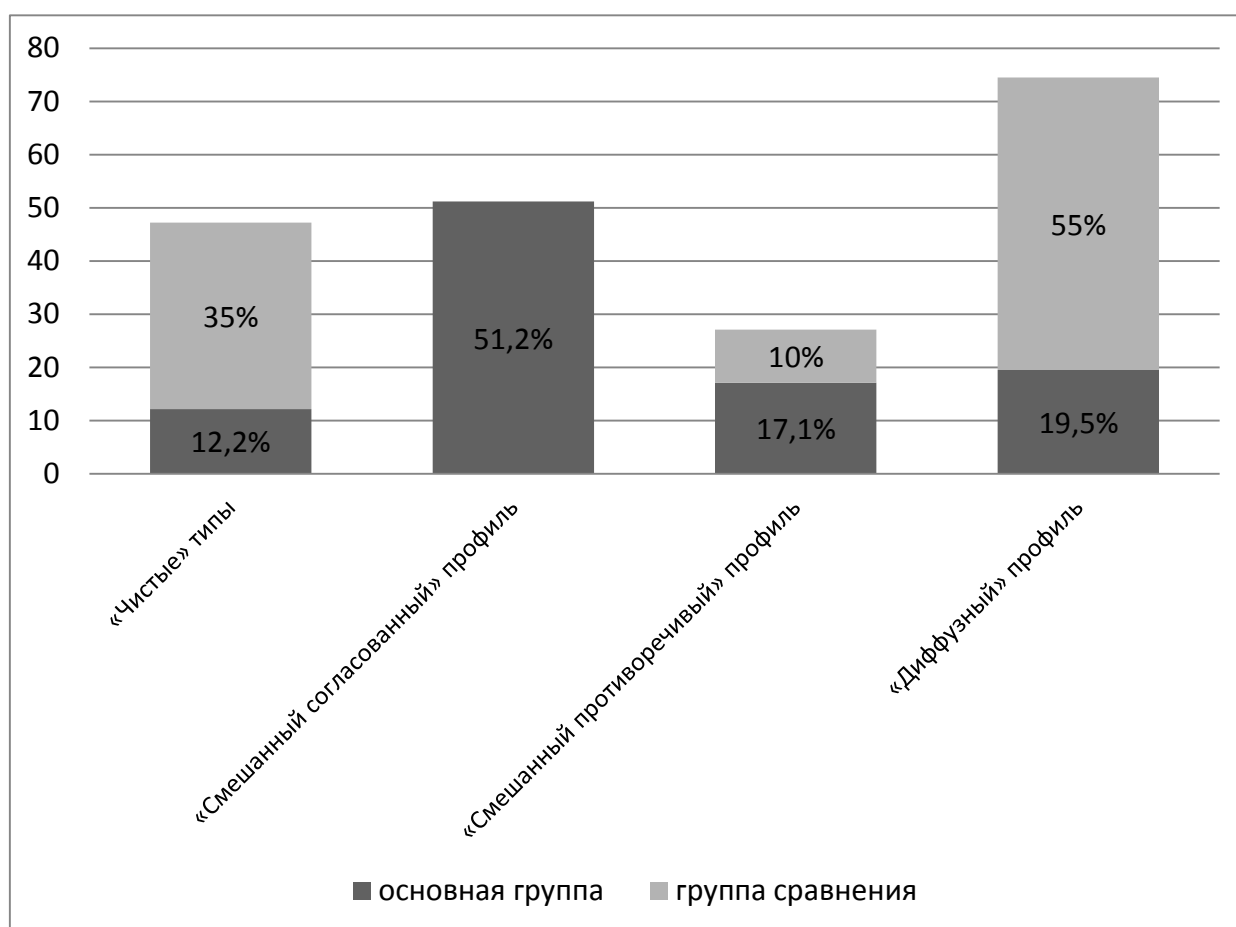


Рисунок 16. Количество ВИЧ-инфицированных пациентов с разными диагностическими профилями отношения к болезни основной группы и группы сравнения.

Не выявлено достоверных различий в распространенности диагностических профилей отношения к болезни у ВИЧ-позитивных пациентов подгруппы употребления опиоидов с ВП и подгруппы употребления летучих растворителей с ВП. В младшей возрастной группе по сравнению со старшей достоверно чаще встречался неблагоприятный «смешанный согласованный» профиль отношения к болезни. Этот же профиль достоверно чаще встречался у девочек-подростков по сравнению с мальчиками-подростками.

Учитывая сходство защитного и совладающего поведения, типов отношения к болезни в подгруппах пациентов, употребляющих разные виды ПАВ с ВП, указанные компоненты адаптационной системы личности следует рассматривать в качестве predispositional психологических факторов высокорискованного поведения по ВИЧ-инфицированию.

Психотерапия у подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП. Целью психотерапии была коррекция клинических проявлений РП и характеристик адаптационной системы личности, влияющих на употребление ПАВ и его последствия.

Применялась традиционно используемая для лечения отклоняющихся и аддиктивных форм поведения когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) (Кулаков С.А., 1998; Бек А., 2002; Kazdin A.E., 1997; Frick P.J., 2001). Кроме того, у девочек-подростков применялась коррекция отношения к материнству и родительским функциям – комплекс методик, направленных на создание положительного образа матери во всех ее аспектах и выработку позитивного отношения к семье и браку. В качестве специфической методикой, направленной на «раскрытие» будущих материнских чувств использовалась методика прослушивания младенческого крика-плача (Stein L.B., Brodsky S.L., 1995). Возможность применения методик коррекции отношения к материнству и родительским функциям была у пациентов с РП и употреблением ПАВ с ВП обоснована двумя обстоятельствами. Во-первых, эти навыки являются разновидностями социальной компетентности и относятся к просоциальным формам поведения. Последним уделяется важное место в терапии поведенческих расстройств у подростков (Matthews W.J., 1999; Searight H.R., 2001). Во-вторых, обсуждение материнской темы с девочками-подростками было гипотетическим, не затрагивало сферу актуальных психотравмирующих переживаний пациенток, носило проективный характер, что определило психологическую «открытость» девочки-подростка в беседе. Указанный подход опираются на теорию детско-материнской привязанности (Ainsworth M.D., 1985) и на терапию детско-родительского взаимодействия (Eyberg S.M., 2001).

Описание интервенции. Психотерапевтическая интервенция проводилась у 99 пациентов. Из них было 73 девочек-подростков и 26 мальчиков-подростков. Для проведения терапии пациенты выбирались случайным способом с помощью генератора случайных чисел. Длительность терапии составила 12 сеансов. Повторный осмотр с измерением рейтинга тяжести проводился в динамике в сроки от 5 до 20 мес. после первичного обследования.

Пациенты были рандомизованы в 3 группы:

- 1) группа, получавшая когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) (68 чел., 26 мальчиков-подростков, 42 девочки-подростка);
- 2) группа, получавшая комплекс психотерапевтических методик (КПМ) (31 девочка-подросток);
- 3) группа низкоинтенсивного консультирования (НИК) (194 чел., 124 мальчика-подростка, 70 девочек-подростков).

Сравнения результатов проводилось в следующих группах (всего 7 групп):

1. Сопоставлялась группа КПТ с мотивами коррекции эмоционально-негативного состояния (КЭ) (33 чел., 18 мальчиков-подростков, 15 девочек-подростков) и группа НИК с мотивами коррекции эмоционально-негативного состояния (КЭ) (145 чел., 104 мальчика-подростка, 41 девочка-подросток).

2. Сопоставлялась группа КПТ с мотивами стимуляции эмоционально-позитивного состояния (СЭ) (35 чел., 8 мальчиков-подростков, 27 девочек-подростков) и группа НИК с мотивами стимуляции эмоционально-позитивного состояния (СЭ) (49 чел., 20 мальчиков-подростков, 29 девочек-подростков).

3. Сопоставлялись 3 группы девочек-подростков: группа КПТ (27 чел.), группа КПМ (31 чел.) и группа НИК (29 чел.). Все 3 указанные группы были представлены пациентками с мотивами СЭ.

Результаты интервенции в группах КПТ и НИК у пациентов с разными аддиктивными мотивами. До проведения интервенции группы КПТ и НИК по всем шкалам «ЕвроАДАД» достоверно не различались, что говорит об изначальном сходстве клинических характеристик изучаемых групп. Отмеченное было характерно для пациентов с разными аддиктивными мотивами (мотивы КЭ и СЭ).

Результаты интервенции отличались в зависимости от мотивов употребления ПАВ. У пациентов с мотивами КЭ после психотерапевтического вмешательства в группе КПТ были выявлены достоверно более низкие значения шкалы «Противоправные действия» по сравнению с группой НИК. Следовательно, психотерапия у пациентов с мотивами КЭ препятствует нарастанию, прежде всего, правовых последствий употребления ПАВ.

Более выраженные изменения отмечались у пациентов с мотивами СЭ. После интервенции группа КПТ демонстрировала достоверно меньшие значения рейтинга тяжести шкал «Общественное поведение», «Психическая адаптация/психопатология», «Противоправные действия» и «Употребление наркотиков» по сравнению с группой НИК. Это свидетельствует о позитивном влиянии психотерапии на указанные сферы жизни пациентов (рисунок 19). Вместе с тем, средние значения шкал «физическое здоровье/болезнь», «школьное обучение/занятость», «семейные взаимоотношения» и «употребление алкоголя» у пациентов, прошедших КПТ и НИК достоверно не различались. Это говорит о том, что КПТ мало влияет на названные аспекты употребления ПАВ.

Сравнение одноименных групп при первичном и повторном обследовании (до и после проведенной психотерапевтической интервенции) также выявило различие результатов вмешательства в разных мотивационных группах пациентов.

У пациентов с мотивами КЭ, получивших КПТ, отмечалось отсутствие отрицательной динамики шкал «общественное поведение» и «противоправные действия», что положительно отличает результаты психотерапии от использования НИК, при котором указанных эффектов обнаружено не было

(таблица 4). Следовательно, эффективность КПТ в данном случае связана в основном с позитивным влиянием интервенции на социально-юридические последствия употребления ПАВ.

Таблица 4 – Рейтинг тяжести употребления ПАВ в группах КПТ и НИК при первичном и повторном обследовании (пациенты с мотивами КЭ)

шкалы	обследование	КПТ (n=33) M±m	Z, p	НИК (n=145) M±m	Z, p
Физическое здоровье/ болезнь	первичное	3,36 ± 0,26	Z=-12,119	3,46 ± 0,12	Z=-14,173
	повторное	4,80 ± 0,25	p<0,001*	4,89 ± 0,01	p<0,001*
Школьное обучение/ занятость	первичное	5,82 ± 0,17	Z=-7,465	6,11 ± 0,14	Z=-7,345
	повторное	6,47 ± 0,19	p<0,001*	6,86 ± 0,11	p<0,001*
Общественное поведение	первичное	3,61 ± 0,25	Z=-2,682	3,33 ± 0,16	Z=-6,456
	повторное	3,76 ± 0,29	p>0,05	3,98 ± 0,12	p<0,001*
Семейные взаимоотно- шения	первичное	5,73 ± 0,34	Z=-2,600	5,97 ± 0,17	Z=-3,782
	повторное	6,03 ± 0,36	p<0,001*	6,22 ± 0,18	p<0,001*
Психическая адаптация/пси- хопатология	первичное	5,77 ± 0,17	Z=-12,938	6,05 ± 0,14	Z=-5,668
	повторное	6,71 ± 0,24	p<0,001*	6,58 ± 0,13	p<0,001*
Противоправ- ные действия	первичное	4,35 ± 0,29	Z=-0,161	4,01 ± 0,14	Z=-9,144
	повторное	4,40 ± 0,28	p>0,5	4,92 ± 0,12	p<0,001*
Употребление наркотиков	первичное	4,68 ± 0,23	Z=-6,879	4,43 ± 0,25	Z=-12,687
	повторное	5,28 ± 0,27	p<0,001*	5,56 ± 0,19	p<0,005*
Употребление алкоголя	первичное	2,73 ± 0,47	Z=-2,235	2,83 ± 0,26	Z=-4,397
	повторное	2,50 ± 0,46	p<0,05*	2,35 ± 0,21	p<0,001*

Примечание: Z – значение критерия ранговых знаков Вилкоксона; * – различия статистически достоверны по Z-критерию.

У пациентов с мотивами СЭ, проходивших НИК, выявлено достоверное увеличение рейтинги тяжести всех шкал (за исключением шкалы «употребление алкоголя»), что говорит о нарастании тяжести употребления ПАВ и его последствий без психотерапии. В группе КПТ отсутствовала отрицательная динамика рейтингов тяжести шкал «общественное поведение», «психическая адаптация/психопатология», «противоправные действия» и «употребление наркотиков» (таблица 5). Это дает основание оценивать результаты применения КПТ как эффективные в отношении предотвращения нарастания тяжести употребления ПАВ, социально-юридических и психопатологических его последствий. Таким образом, КПТ у пациентов с

мотивами СЭ влияет на более широкий спектр последствий употребления ПАВ по сравнению с пациентами с мотивами КЭ.

Таблица 5 – Рейтинг тяжести употребления ПАВ в группах КПТ и НИК при первичном и повторном обследовании (пациенты с мотивами СЭ)

шкалы	обследование	КПТ (n=35) M±m	Z, p	НИК (n=49) M±m	Z, p
Физическое здоровье/ болезнь	первичное	2,34 ± 0,25	Z=-7,416 p<0,001*	2,36 ± 0,20	Z=-13,315 p<0,001*
	повторное	3,70 ± 0,28		3,83 ± 0,17	
Школьное обучение/ занятость	первичное	5,77 ± 0,20	Z=-4,463 p<0,001*	5,67 ± 0,19	Z=-5,700 p<0,001*
	повторное	6,13 ± 0,21		6,17 ± 0,17	
Общественное поведение	первичное	4,15 ± 0,24	Z=-1,867 p>0,05	4,10 ± 0,19	Z=-12,833 p<0,001*
	повторное	4,42 ± 0,32		5,56 ± 0,13	
Семейные взаимоотно- шения	первичное	5,55 ± 0,29	Z=-3,160 P<0,05*	5,04 ± 0,24	Z=-7,327 p<0,001*
	повторное	5,85 ± 0,27		5,89 ± 0,25	
Психическая адаптация/пси- хопатология	первичное	5,30 ± 0,19	Z=-1,058 p>0,05	5,25 ± 0,19	Z=-9,289 p<0,001*
	повторное	5,44 ± 0,29		6,13 ± 0,14	
Противоправ- ные действия	первичное	4,54 ± 0,28	Z=-2,789 p>0,05	4,50 ± 0,19	Z=-15,251 p<0,001*
	повторное	4,84 ± 0,35		6,19 ± 0,18	
Употребление наркотиков	первичное	4,38 ± 0,38	Z=-1,273 p>0,1	4,30 ± 0,34	Z=-14,068 p<0,001*
	повторное	4,54 ± 0,56		5,65 ± 0,25	
Употребление алкоголя	первичное	3,02 ± 0,32	Z=-2,641 p<0,05*	3,21 ± 0,38	Z=-4,646 p<0,005*
	повторное	2,72 ± 0,41		3,03 ± 0,30	

Примечание: Z – значение критерия ранговых знаков Вилкоксона; * – различия статистически достоверны по Z-критерию.

Результаты интервенции в группах КПТ, КПМ и НИК (девочки-подростки). Все 3 сравниваемые группы были представлены девочками-подростками с мотивами СЭ.

Сравнение рейтингов тяжести употребления ПАВ и его последствий с помощью однофакторного дисперсионного анализа до интервенции не выявило достоверных различий между группами. Следовательно, изучаемые группы исходно имели одинаковые клинические показатели.

Результаты однофакторного дисперсионного анализа с апостериорным множественным сравнением шкал (использовались методы Шеффе или T2 Тамхейма в зависимости от значения критерия однородности дисперсии Ливиня) после интервенции показали, что средние значения шкал

«общественное поведение», «психическая адаптация/психопатология», «противоправные действия» и «употребление наркотиков» групп КПМ и КПТ достоверно не отличаясь друга от друга и были ниже по сравнению с группой НИК (рисунок 17). Это говорит о том, что в отношении влияния на количественные значения употребления ПАВ, социально-юридические и психопатологические последствия обе методики демонстрируют одинаковую эффективность. В то же время в группе КПМ после интервенции выявлялись достоверно меньшие значения рейтинга тяжести шкалы «семейные взаимоотношения» по сравнению с группами КПТ и НИК. Следовательно, КПМ демонстрирует большую эффективность в отношении предотвращения семейных последствий употребления ПАВ, что соответствует целям и задачам интервенции и содержанию используемых методик.

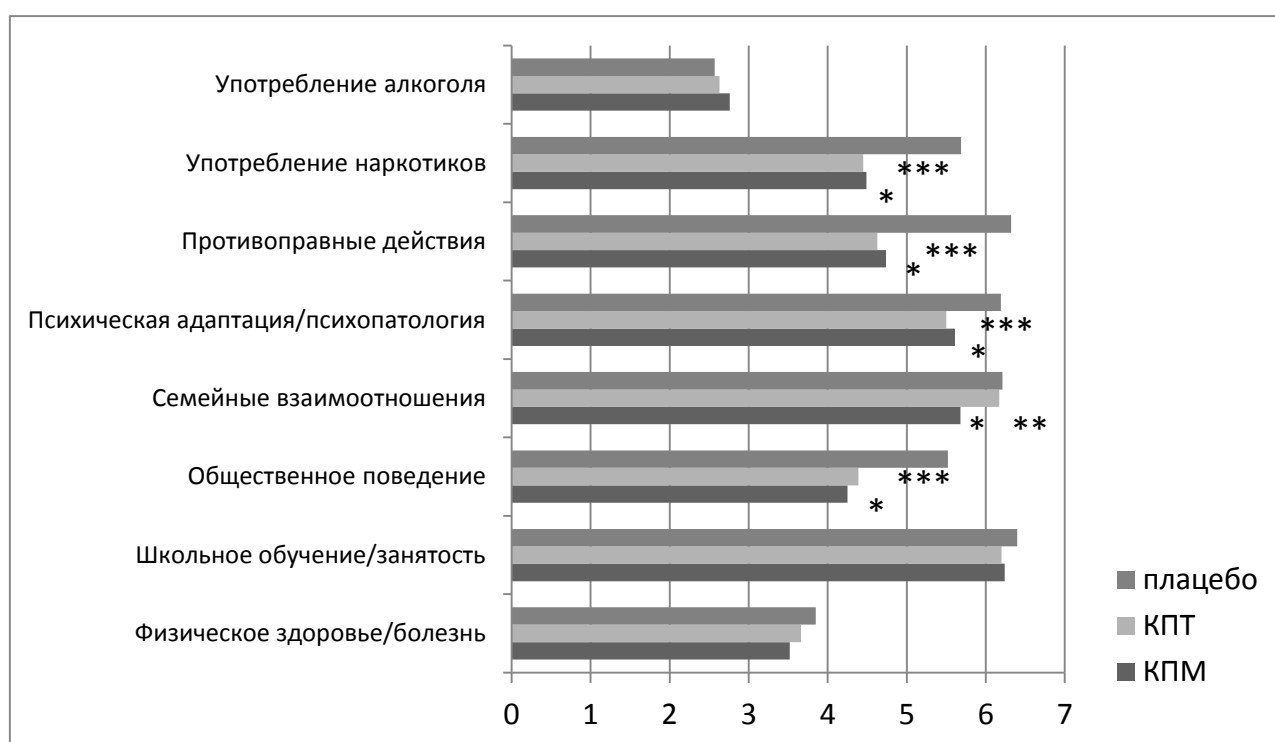


Рисунок 17. Рейтинг тяжести групп КПТ, КПМ и НИК после интервенции.

Примечание: * – различия статистически достоверны между группой КПМ и группой НИК; ** – различия статистически достоверны между группой КПМ и группой КПТ; *** – различия статистически достоверны между группой КПТ и группой НИК.

Сравнение одноименных групп в динамике при первичном и повторном обследовании (до и после интервенции) выявило, что наименьшее нарастание рейтинга тяжести употребления ПАВ и его последствий отмечено в группе КПМ (рисунок 18). В этой группе в динамике не было отмечено достоверного увеличения средних значений шкал «семейные взаимоотношения», «психическая адаптация/психопатология», «противоправные действия», «употребление наркотиков» и «употребление алкоголя». В отличие от группы КПМ в группе КПТ отсутствовала отрицательная динамика только 2-х шкал –

«противоправные действия» и «употребление алкоголя». В группе НИК была отмечена отрицательная динамика всех шкал, кроме «употребления алкоголя».

Таким образом, использование КПМ препятствует увеличению как количественных характеристик употребления ПАВ, так и широкого спектра его последствий, таких как семейные, социально-юридические и психопатологические последствия. Это указывает на преимущественную эффективность КПМ по сравнению с другими методами интервенции (КПТ и НИК).

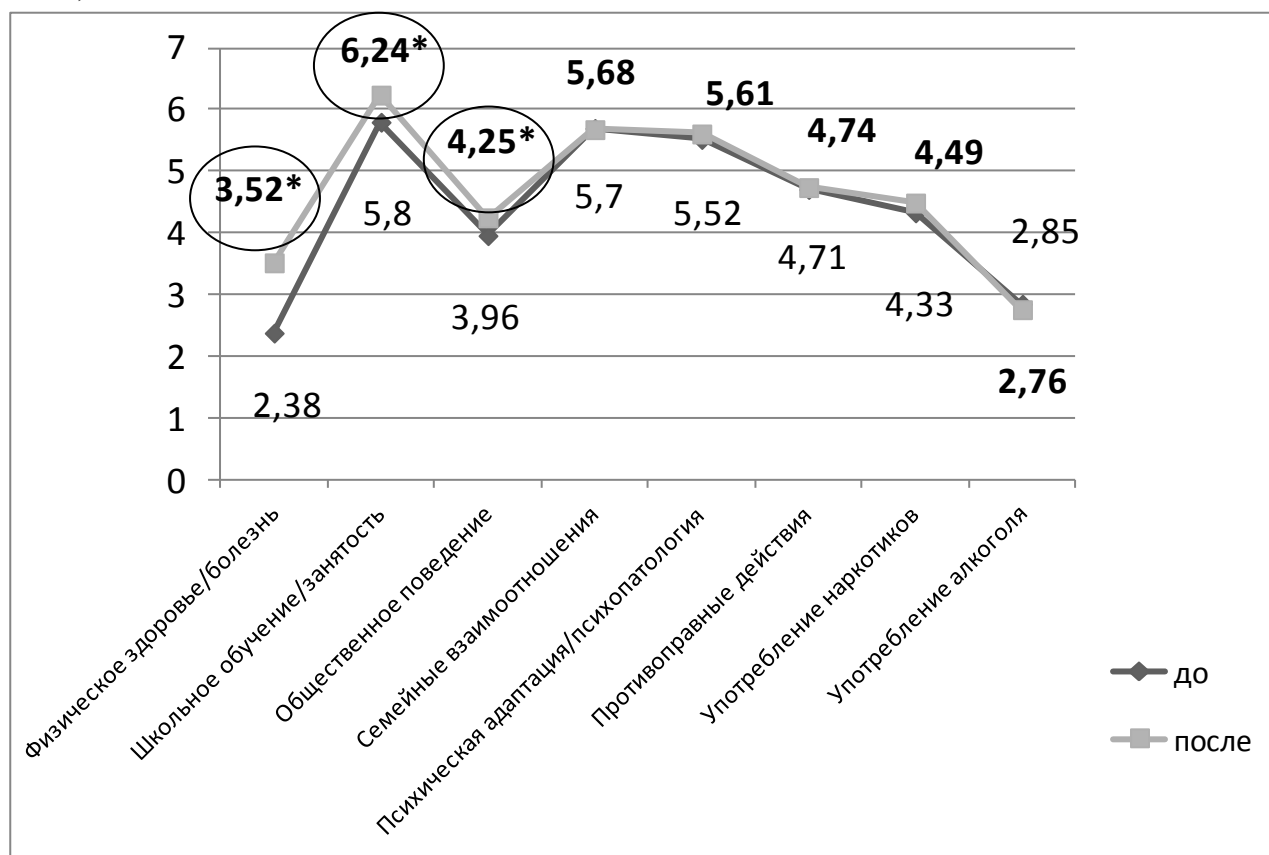


Рисунок 18. Рейтинг тяжести употребления ПАВ до и после интервенции (группа КПМ).

Примечание: * — различия статистически достоверны по критерию ранговых знаков Вилкоксона.

Результаты исследования в динамике девочек-подростков группы КПМ по методике «Измерение родительских установок и реакций» показали, что под влиянием комплекса психотерапевтических методик уменьшились такие дезадаптивные характеристики материнского отношения, как излишняя концентрация на ребенке (шкалы «чрезмерная забота (оберегание от трудностей)», «подавление воли ребенка», «опасение обидеть ребенка» и «чрезмерное вмешательство в мир ребенка»). Кроме этого, достоверно ниже стали показатели, характеризующие гиперпатическое отношение к семейной роли (шкалы «ощущение зависимости матери от семьи (роль «хозяйки»)), «ощущение самопожертвования в роли матери», «настроенность на семейные конфликты», «неудовлетворенность ролью хозяйки»). Достоверно увеличился такой показатель

адекватного эмоционального отношения к ребенку, как вербализация (предоставление ребенку возможности высказаться). Таким образом, под влиянием КПМ отмечалась положительная динамика в отношении ряда важных показателей материнских и родительских установок.

Сравнение адаптационной системы личности пациентов группы КПТ и НИК позволяет сделать вывод, что более отчетливые изменения защитного поведения под влиянием интервенции наблюдались у пациентов с мотивами СЭ. Пациенты, прошедшие психотерапию, отличались от не прошедших более частым использованием МПЗ «отрицание», ТСП «поиск социальной поддержки» и «планирование решения проблемы». Одновременно с этим отмечалось более редкое использование защит «регрессия», «компенсация», «проекция», «замещение», типов совладания «дистанцирование» и «бегство-избегание», что свидетельствуют о более адаптивном защитно-совладающем стиле этих пациентов. Девочки-подростки, прошедшие КПМ, отличались от прошедших КПТ более редким использованием МПЗ «отрицание» и более частым использованием «интеллектуализации», «принятия ответственности», «положительной переоценки», что характеризует их защитно-совладающее поведение как более зрелое.

ВЫВОДЫ

1. Для каждого вида употребляемых ПАВ с ВП (опиоиды, летучие растворители, алкоголь, стимуляторы) существует специфический набор анамнестических предикторов, предсказывающих их преимущественное использование подростками с диагнозом «Расстройство поведения». К их числу относятся: отягощенная наследственность наркологическими заболеваниями, вид программы школьного обучения, социальный статус пациента на момент обследования, тип семьи, наличие/отсутствие семьи, место проживания. Прогностическая вероятность употребления того или иного ПАВ с ВП рассчитывается по уравнению логистической регрессии, включающему дихотомические переменные (наличие или отсутствие конкретного анамнестического предиктора).

2. Клинические проявления РП различаются в зависимости от срока их манифестации. Для раннего начала (до 10 лет) характерны гиперкинетические поведенческие нарушения, для позднего (10 лет и старше) – диссоциально-личностные поведенческие расстройства. В возрасте до 10 лет начинается гиперкинетическое расстройство поведения (89,3%), несоциализированное расстройство поведения (60,0%) и социализированное расстройство поведения (34,5%). Ранние их проявления нозологически мало специфичны. В то же время для каждой из форм РП существует определенный набор преобладающих симптомов. Возрастная динамика РП в старшем пубертатном возрасте связана с трансформацией гиперкинетического расстройства поведения в органические (68,9%) и другие поведенческие расстройства (31,1%). В диссоциальное расстройство личности трансформируется несоциализированное расстройство поведения (20,8%) и социализированное расстройство поведения (7,1%).

3. Клинико-динамическое наблюдение за пациентами в течение 5-20 месяцев свидетельствовало о нарастании количественных характеристик употребления ПАВ и его последствий, что подтверждается статистически значимым увеличением рейтинга тяжести во всех клинических подгруппах. Тяжесть и последствия употребления ПАВ отличаются у подростков с разным сроком манифестации РП. При больших количественных характеристиках употребления ПАВ пациенты с ранним началом РП демонстрировали большую выраженность медицинских и психопатологических последствий употребления. У пациентов с поздним началом РП преобладали социально-юридические последствия. Выявленная закономерность в целом была характерна для пациентов с употреблением всех изучаемых видов ПАВ (опиоиды, летучие растворители, алкоголь, стимуляторы).

4. Исследование взаимосвязи форм РП и употребления ПАВ с ВП (факторный анализ) позволяет рассматривать 3 клинические разновидности аддиктивного поведения, связанные с диссоциально-личностными поведенческими расстройствами, гиперкинетическими (органическими) поведенческими расстройствами и личностно-невротическими расстройствами сензитивного круга. Последняя из них объясняет механизмы формирования сопутствующего употребления алкоголя при разных видах используемых ПАВ. Факторная модель имеет структурное сходство у пациентов, употребляющих различные ПАВ с ВП, что позволяет говорить о единстве клинико-психопатологической «почвы» при формировании разных видов аддиктивного поведения.

5. Профиль защитного поведения подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП отличается от здоровых сверстников и лиц молодого возраста большей выраженностью всех типов «защит» и количественным преобладанием показателя их общей напряженности, что указывает на избыточность защитных механизмов психологической адаптации. Указанный профиль обнаруживает сходство с пациентами молодого возраста, зависимыми от опиоидов. Подростки разного пола и употребляющие различные виды ПАВ с ВП имеют схожий защитный стиль, включающий в себя чаще всего механизмы защиты «регрессия», «замещение», «компенсация» и «вытеснение».

6. Специфика совладающего поведения у подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП по сравнению со здоровыми сверстниками и людьми молодого возраста состоит в использовании неконструктивных типов совладания, таких как «конфронтация», «дистанцирование» и «бегство-избегание» и относительно конструктивного типа «самоконтроль». Подростки демонстрировали менее адаптивный совладающий профиль по сравнению с пациентами молодого возраста, зависимыми от опиоидов, заключающийся в более редком использовании типов совладания «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности» и «планирование решения проблемы». Наиболее устойчивый стиль совладающего поведения, выявленный у представителей разных полов и при использовании разных видов ПАВ, включает такие разновидности копинг-поведения, как «дистанцирование», «бегство-избегание»

и «самоконтроль».

7. Изучение свойств личности подростков с РП и употреблением ПАВ с помощью проективной методики позволяет говорить о возрастных различиях в формах проявления агрессивного поведения. Для старших подростков (16-17 лет) характерна склонность к открытому агрессивному поведению. Для младших подростков (12-15 лет) типична форма агрессивного поведения, ограничивающаяся знакомой обстановкой.

8. Изучение аддиктивной мотивации позволило выявить 2 группы пациентов: с мотивами коррекции эмоционально-негативного состояния (мотивы КЭ) и с мотивами стимуляции эмоционально-позитивного состояния (мотивы СЭ). Для пациентов с мотивами СЭ характерна большая выраженность социально-юридических последствий употребления ПАВ и количественных показателей сопутствующего употребления алкоголя. У пациентов с мотивами КЭ отмечалось преобладание количественных показателей тяжести употребления ПАВ при более выраженных психопатологических и медицинских последствиях. Пациенты с мотивами СЭ по сравнению с пациентами с мотивами КЭ демонстрируют более благоприятный профиль защитно-совладающего поведения, связанный с меньшим использованием незрелых и малоадаптивных механизмов психологических защит («регрессия», «замещение») и неконструктивных типов совладания («дистанцирование», «самоконтроль», «бегство-избегание»).

9. Отношение родителей к подросткам с РП и употреблением ПАВ с ВП характеризуется «враждебно-подавляющим» типом. При этом отдельные характеристики родительского отношения различаются в полных и неполных семьях. Для полных семей характерна директивная воспитательная позиция матерей и автономная – у отцов. В неполных семьях выявлены противоположные соотношения: преобладает автономная материнская позиция и директивная отцовская. В семьях младших подростков (12-15 лет), независимо от их типа (полные или неполные), отмечается единый, характерный как для матерей, так и для отцов, «враждебно-подавляющий» тип родительского отношения. В старшем подростковом возрасте (16-17 лет) в полных семьях наблюдается «открыто-враждебное» родительское отношение, а в неполных – «отвергающе-отстраненное».

10. ВИЧ-инфицированность с разной частотой встречается у пациентов, употребляющих разные виды ПАВ с ВП, с достоверным преобладанием в подгруппе употребления опиоидов. У ВИЧ-инфицированных разного возраста и разных клинических подгрупп наблюдаются схожие адаптационно-личностные характеристики, включающие регрессивно-заместительный защитный стиль, преобладание неконструктивного типа совладания «конфронтация» и малую выраженность конструктивного типа «планирование решения проблемы». У подростков, инфицированных ВИЧ, по сравнению с людьми молодого возраста с таким же диагнозом преобладает «смешанный согласованный» диагностический профиль отношения к болезни, характеризующийся сочетанием интрапсихических механизмов нозогенной

дезадаптации с нарушениями в сфере межличностных отношений. Выявленные особенности адаптационной системы личности пациентов позволяют рассматривать их в качестве предиспозиционных психологических факторов высокорискованного поведения по ВИЧ-инфицированию.

11. Эффективность когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) проявляется в положительном влиянии на количественные показатели употребления ПАВ, в предотвращении нарастания тяжести социально-юридических и психопатологических последствий употребления. При этом наибольшие различия между группой КПТ и группой низкоинтенсивного консультирования (НИК) были более выражены у пациентов с мотивами СЭ. Позитивное воздействие КПТ связано такими характеристиками адаптационной системы личности пациентов, как преобладание МПЗ «отрицание», типов совладания «поиск социальной поддержки», «планирование решения проблемы» и меньшая выраженность защит «регрессия», «компенсация», «проекция» и «замещение», типов совладания «дистанцирование» и «бегство-избегание».

12. Использование комплекса психотерапевтических методик у девочек-подростков (КПМ) способно положительно влиять на широкий спектр последствий употребления ПАВ, что подтверждается их достоверным отличием от группы НИК. По сравнению с пациентками, прошедшими КПТ, у них выявлены меньшие семейные последствия употребления ПАВ. Девочки-подростки, прошедшие КПМ, отличаются более частым использованием защит «интеллектуализация», типов совладания «принятие ответственности» и «положительная переоценка». Под влиянием КПМ позитивно меняются такие характеристики отношения к материнству, как положительный настрой на брак, адекватная родительская воспитательная позиция, корректируется гиперпротективная воспитательная установка.

Практические рекомендации

1) При курации подростков с диагнозом «расстройство поведения» следует выявлять такой анамнестический признак, как возраст начала поведенческих нарушений. Это необходимо для более точной нозологической квалификации расстройств, для учета возможной трансформации клинических проявлений и оценки прогноза заболевания.

2) Для предсказания вероятности начала употребления того или иного вида ПАВ с ВП у подростка с РП рекомендуется использовать уравнения логистической регрессии, в которые необходимо ввести числовые значения следующих анамнестических переменных: наследственность, программа обучения, социальный статус, семья, место проживания. Значение переменной кодируется как наличие признака (1) или отсутствие признака (2).

3) У подростков с РП, сочетающимися с употреблением ПАВ с ВП, необходимо выявлять один из двух ведущих аддиктивных мотивов – мотив коррекции эмоционально-негативного состояния или мотив стимуляции эмоционально-позитивного состояния с целью предсказания возможных

последствий употребления ПАВ и коррекции характерных для той или иной аддиктивной мотивации механизмов личностной дезадаптации.

4) У подростков с РП, сочетающимися с употреблением ПАВ с ВП, семейную психотерапию в полных семьях следует проводить исходя из характерного для них враждебно-подавляющего типа родительского отношения к детям. При этом следует принимать во внимание директивную воспитательную позицию матерей и автономную – у отцов. В неполных семьях при воспитании подростка матерью необходимо учитывать ее автономную позицию по отношению к ребенку, а при воспитании отцом – директивную. У старших подростков семейная психотерапия в полных семьях должна быть направлена на коррекцию открыто-враждебного родительского отношения, а в неполной – отвергающе-отстраненного.

5) Курация ВИЧ-инфицированных подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП должна проводиться с учетом тотально-дезадаптивного характера отношения к болезни. Коррекция нозогенной дезадаптации должна быть направлена на внутриличностные дезадаптивные механизмы и на нарушения связанной с болезнью сферы значимых межличностных отношений.

6) У девочек-подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП в комплекс психотерапевтических методик (КПМ) следует включать методику коррекции отношения к материнству и родительским функциям. В результате можно ожидать предотвращение нарастания широкого круга негативных последствий употребления ПАВ, включая семейную дезадаптацию, а также формирование просоциальных навыков в виде положительного настроя на брак и выполнение родительских функций.

Список публикаций по теме диссертации

Статьи, опубликованные в журналах, определенных Перечнем ВАК

1. Гречаный С.В. Личностно-адаптивные характеристики пациентов с аддиктивным поведением и зависимостью от ПАВ / Гречаный С.В., Воронкова В.Б. // Ученые записки СПбГУ им. акад. И. П. Павлова. – 2007. – Т. 14, № 1. – Приложение. Материалы конференции «Психиатрия консультирования и взаимодействия». – С. 63–65.

2. Гречаный С.В. Психологическая адаптация ВИЧ–инфицированных подростков с зависимостью от психоактивных веществ / Гречаный С.В. // ВИЧ–инфекция и иммуносупрессии. – 2012. – Т. 4, № 3. – С. 35–41.

3. Гречаный С.В. Возрастные закономерности отношения к болезни ВИЧ–инфицированных подростков с зависимостью от психоактивных веществ / Гречаный С.В. // ВИЧ–инфекция и иммуносупрессии. – 2012. – Т. 4, № 4. – С. 29–33.

4. Гречаный С.В. Взаимосвязь родительского воспитания и отношения к материнству у девушек-подростков с расстройствами поведения и зависимостью от психоактивных веществ / Гречаный С.В. // Неврологический вестник. – 2013. – Т. XLV, вып. 1. – С. 54–59.

5. Гречаный С. В. Психическая адаптация подростков с расстройствами поведения и зависимостью от психоактивных веществ / Гречаный С.В. // Наркология. – 2013. – № 8. – С. 76–81.

6. Гречаный С.В. Взаимосвязь типов родительского отношения и агрессивного поведения у подростков с расстройствами поведения и зависимостью от психоактивных веществ / Гречаный С.В. // Психическое здоровье. – 2013. – № 7. – С. 42–49.

7. Гречаный С.В. Сочетанное употребление стимуляторов и каннабиноидов у подростков с расстройствами поведения (клинико-динамические аспекты) / Гречаный С.В. // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. – 2013. – Вып. 4. – С. 48–53.

8. Гречаный С.В. Связь между злоупотреблением алкоголем и расстройствами поведения у подростков / Гречаный С.В. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, вып. 2. Алкоголизм. – С. 39–42.

9. Гречаный С.В. Поведенческие аспекты ВИЧ-инфицирования у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ / Гречаный С. В., Егоров А. Ю. // Неврологический вестник. – 2013. – Т. XLV, вып. 4. – С. 53–61.

10. Гречаный С.В. Современные методики и программы лечения расстройств поведения у детей и подростков / Гречаный С.В. // Практическая медицина. – 2014. – 2 (78). – С. 95–99.

11. Гречаный С.В. Лечение зависимости от психоактивных веществ у подростков: проблемы и современные подходы / Гречаный С.В. // Неврологический вестник. – 2014. – Т. XLVI, вып. 2. – С. 24–30.

12. Гречаный С. В. Возрастные особенности злоупотребления летучими растворителями у подростков с расстройствами поведения / Гречаный С. В., Егоров А. Ю. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, вып. 2. Аддиктивные расстройства. – С. 21–28.

13. Гречаный С.В. Коррекция отношения к материнству у девушек-подростков с расстройствами поведения и зависимостью от психоактивных веществ / Гречаный С.В. // Профилактическая и клиническая медицина. – 2014. – № 3 (52). – С. 123–129.

14. Гречаный С.В. Динамика инициального периода расстройств поведения у подростков и их связь с употреблением психоактивных веществ / Гречаный С. В., Егоров А. Ю., Крупицкий Е. М. // Неврологический вестник. – 2014. – Т. XLVI, вып. 4. – С. 5–10.

Другие научные публикации

15. Гречаный С.В. Особенности токсикоманического поведения подростков и психокоррекционная работа с ними / Ревзин В.Л., Зобнев В.М., Гречаный С. В // Ингалянты. Сборник научных трудов под ред. Э. Э. Звартау. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2005. – С. 257–265.

16. Гречаный С.В. Механизмы психологических защит у подростков, страдающих токсикозависимостью / Гречаный С.В. // Актуальные вопросы

психиатрии, наркологии и медицинской психологии. Сборник научных трудов Межрегиональной научно-практической конференции. Вып. 8. Воронеж: Изд. ВГМА, 2006. – С 16–20.

17. Гречаный С.В. Характеристика адаптационной системы личности при раннем алкоголизме / Гречаный С.В. // Прикладные информационные аспекты медицины. Труды 9-й межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и медицинской психологии». Воронеж, 2007. – 2007. – Т.1, № 10. – С. 123–126.

18. Гречаный С.В. Возрастные различия механизмов личностной адаптации при опиатной наркозависимости / Гречаный С.В. // Актуальные вопросы коррекционной педагогики, специальной психологии и детской психиатрии: Международная научная конференция 23-24 апреля 2008 г. – СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2008. – С. 466–468.

19. Гречаный С. В. Механизмы психологической защиты при юношеском алкоголизме / Гречаный С.В. // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. Приложение. Материалы 2-го междисциплинарного конгресса с международным участием «Человек, алкоголь, курение и пищевые аддикции». – 2008. – Т. 15. – № 1. – С. 128.

20. Гречаный С.В. Сравнительная характеристика механизмов психологической защиты у подростков при различных наркологических заболеваниях / Гречаный С.В. // Прикладные информационные аспекты медицины. Научно-практический журнал. Материалы 10-й юбилейной межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и медицинской психологии». Воронеж, 2008. – 2008. – Т. 11, № 1. – С. 16–21.

21. Гречаный С.В. Копинг-поведение подростков с зависимостью от ПАВ и его клинико-психологическое содержание / Гречаный С.В. // 8 Мнухинские чтения. Наследия профессора С. С. Мнухина: Из века 20 в век 21-й. Конференция, посвященная присвоению Центру восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина. – СПб., 2009. – С. 170–172.

22. Гречаный С.В. Исследование факторов личностной дезадаптации подростков с расстройствами поведения и зависимостью от ПАВ / Гречаный С.В. // Профилактическая и клиническая медицина. Научно-практический журнал. – 2011. – Том. 1 (39), № 2. – С. 196–197.

23. Гречаный С.В. Возрастные особенности агрессии подростков с расстройствами поведения и зависимостью от психоактивных веществ / Гречаный С.В. // Профилактическая и клиническая медицина. Научно-практический журнал. – 2011. – Том. 1 (39). – № 2. – С. 196.

24. Гречаный С.В. Изучение расстройств поведения и зависимости от ПАВ у подростков с помощью рейтинговых шкал / Гречаный С.В. // Научно-практическая конференция с международным участием «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства», тезисы конференции. Под ред. проф. Н.Г. Незнанова, проф. Е.М. Крупницкого. – СПб, 2012. – С. 37.

25. Гречаный С.В. Особенности психологической адаптации ВИЧ-инфицированных девушек-подростков с зависимостью от психоактивных веществ / Гречаный С.В. // ВИЧ-инфекция у женщин и детей. Актуальные вопросы совершенствования профилактики, диагностики и лечения. Сборник статей и тезисов. – СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2013. – С. 49–55.

26. Гречаный С.В. Типы родительских отношений у подростков с расстройствами поведения и зависимостью от психоактивных веществ / Гречаный С.В. // Психосоматическая медицина–2013: Сборник материалов. VIII международный конгресс. – СПб.: Человек, 2013. – С. 13–15.

27. Гречаный С.В. Клинико-психопатологическая характеристика подростков с алкогольной зависимостью / Гречаный С.В. // Психиатрия: дороги к мастерству. Материалы Российской научной конференции с международным участием, Ростов-на-Дону, Россия, 5 июня 2013 г. – Ростов-на-Дону, 2013. – С. 179–185.

28. Гречаный С. В. Диагностика алкогольной зависимости у подростков / Гречаный С.В. // Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии, 19-21 сентября 2013 года, г. Самара, тезисы конференции. Под редакцией проф. Н.Г. Незнанова, проф. В.Н. Краснова. – Самара, 2013. – С. 297–299.

29. Гречаный С.В. Особенности клинико-психопатологических проявлений зависимости от летучих растворителей у подростков / Гречаный С.В. // Материалы VIII Российского форума «Здоровое питание с рождения: медицина, образование, пищевые технологии. Санкт-Петербург–2013» 8-9 ноября 2013 г. – СПб., 2013. – С. 22–25.

30. Гречаный С. В. Клинико-динамические аспекты сочетанного употребления стимуляторов и каннабиноидов у подростков с расстройствами поведения / Гречаный С.В. // Прикладные информационные аспекты медицины: научно-практический журнал. Материалы 15-ой межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и медицинской психологии». Воронеж: ВГМА им. Н.Н. Бурденко, 2013. – 2013. – Т. 16, № 1. – С. 20–27.

31. Гречаный С.В. Формирование отношения к родительским функциям как компонент развития просоциальных навыков у подростков с расстройствами поведения и зависимостью от психоактивных веществ / Гречаный С.В. // Прикладные информационные аспекты медицины: научно-практический журнал. Материалы 16-ой межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и медицинской психологии», 26 марта 2014 г. Воронеж: ВГМА им. Н.Н. Бурденко, 2014. – Т. 17, № 1. – С. 56–61.

32. Гречаный С.В. Расстройства поведения у детей и подростков и подходы к терапии / Гречаный С.В. // Материалы VII научно-практической конференции с международным участием «Воронцовские чтения. Санкт-Петербург-2014». 14-15 марта 2014 г. – СПб., 2014. – С. 33–36.

33. Grechany S. Correction of the Concept of Maternity as a Component of Rehabilitation in Adolescent Girls with Behavioral Disorders and Psychoactive Substance Dependence / S. Grechany // XVII World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry «Multidisciplinary Approach to and Treatment of Mental Disorders: Myth or Reality?» (may 14–17, 2014. St.-Petersburg, Russia): Book of Abstracts. – St.-Petersburg, 2014. – P. 19.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ПАВ – психоактивное вещество

ВП – вредные последствия

РП – расстройства поведения

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия

КПМ – комплекс психотерапевтических методик

НИК – низкоинтенсивное консультирование

КЭ – мотивы коррекции эмоционально-негативного состояния

СЭ – мотивы стимуляции эмоционально-позитивного состояния

МПЗ – механизмы психологической защиты

ТСП – типы совладающего поведения