

*На правах рукописи*

**Побережная Наталья Викторовна**

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

14.01.06 – Психиатрия

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Донецк - 2021

Работа выполнена в Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

Научный руководитель: **Титиевский Сергей Владимирович**,  
доктор медицинских наук, профессор

Официальные  
оппоненты: **Дереча Виктор Андреевич**,  
доктор медицинских наук, профессор,  
Заслуженный врач РФ, заведующий  
кафедрой психиатрии и наркологии  
Оренбургского государственного  
медицинского университета.

**Студзинский Олег Геннадьевич**,  
кандидат медицинских наук,  
главный врач Республиканской  
клинической психиатрической  
больницы г. Донецка МЗ ДНР

Ведущая организация: Государственное учреждение Луганской  
Народной Республики «Луганский  
государственный медицинский университет  
имени Святителя Луки», г. Луганск

Защита состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021\_\_ года в \_\_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д 01.026.06 при ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» МЗ ДНР по адресу: 283003, г. Донецк, пр. Ильича 16, морфологический корпус, электронный зал библиотеки, на базе ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького». Тел. факс: (062) 277-14-54, e-mail: spec-sovet-01-026-06@dnmu.ru

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» по адресу: 283003, г. Донецк, пр. Ильича, 16 (<http://dnmu.ru/>).

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета Д 01.026.06

Коценко Ю.И.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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

К основным факторам роста потребления пива подростками относятся, наряду с негативными социальными изменениями, влияние массивной рекламы, общая доступность пива, отсутствие после его употребления, в отличие от вина и крепких алкогольных напитков, значительных нарушений поведения и уверенность в безвредности этого напитка (Анохина И.П., 2018; Гофман А.Г. и соавт., 2017; Сахаров А.В. и соавт., 2018). В результате, употребление пива становится не только частью образа жизни современной молодежи, но и в ряде случаев приводит к формированию алкогольной (пивной) зависимости в молодом возрасте, недостаточно изученной в настоящее время.

Коморбидность алкоголизма с другими психическими, включая невротические, расстройствами достигает 78 % (Рощина О.В. и соавт., 2018; Погосов А.В., 2010; Менделевич В.Д., 2007), представляя собой распространенную, хотя и малоизученную, особенно в подростковом возрасте, проблему.

Известно, в частности, что действие алкоголя снимает субъективно трудные для больного непсихотические симптомы (Климович В.А., 2018; Ильченко В.Г., 2018), и поэтому при невротических расстройствах прием алкоголя далеко не всегда исключен, несмотря на последующие рефлексии и расстройство вегетативной регуляции в послеинтоксикационном периоде. Имеются отдельные указания (Гуревич Г.Л., 2007) на то, что переживания больных алкоголизмом, связанные с последствиями алкогольных эксцессов, могут служить причиной возникновения неврастения или других психогенных расстройств.

Таким образом, в настоящее время вопросы, связанные с распространенностью, факторами риска, возрастной динамикой, клинико-патопсихологической структурой невротических расстройств на разных стадиях формирования пивной зависимости в молодом возрасте остаются недостаточно изученными, что затрудняет создание эффективной системы профилактики и лечебно-коррекционных мероприятий при данной патологии, указывает на своевременность и актуальность исследований в данном направлении.

### **Связь работы с научными программами, планами и темами.**

Работа является фрагментом плановой научно-исследовательской работы кафедры психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» «Усовершенствование диагностики, лечения и профилактики психических расстройств в клинике внутренних болезней и акушерстве и гинекологии» (номер госрегистрации 0109U008707, шифр работы УН 10.03.02). Автором выполнен раздел исследований по изучению особенностей невротических расстройств на разных стадиях формирования пивного алкоголизма в молодом возрасте, а также по разработке дифференцированного подхода к лечению, диагностике и профилактике данных расстройств.

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

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

#### **Задачи исследования:**

1. Изучить социально-демографические характеристики больных с наличием невротических расстройств, их распространенность и возрастную динамику на различных стадиях алкогольной (пивной) зависимости в молодом возрасте.

2. Проанализировать факторы повышенного риска возникновения невротических расстройств на различных стадиях алкогольной (пивной) зависимости у лиц молодого возраста.

3. Определить клинико-патопсихологические особенности невротических расстройств, связанных с различными стадиями алкогольной (пивной) зависимости у обследуемого контингента.

4. Выявить психологические особенности больных с наличием невротических расстройств на различных стадиях алкогольной (пивной) зависимости в молодом возрасте.

5. Разработать, внедрить и оценить эффективность системы психопрофилактических, лечебно-коррекционных мероприятий при невротических расстройствах на различных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости у лиц молодого возраста.

**Объект исследования:** невротические расстройства, связанные с

различными стадиями формирования алкогольной (пивной) зависимости у лиц молодого возраста.

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

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

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

**Теоретическая и практическая значимость полученных результатов.**

Получены показатели распространенности и структуры невротических расстройств на различных стадиях алкогольной (пивной) зависимости у лиц молодого возраста, выявлены наиболее этиологически значимые стрессогенные факторы риска возникновения данных расстройств, и с целью минимизации их действия разработана система психопрофилактических и психотерапевтических подходов.

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

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

**Методология и методы исследования:** в работе использованы клинико-анамнестический, клинико-эпидемиологический, клинико-

психопатологический, психодиагностический, статистический методы.

**Положения, выносимые на защиту:**

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

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

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

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

4. Комплексный дифференцированный подход к диагностике и лечению невротических расстройств у лиц молодого возраста на различных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости позволяет оценить развитие

данных расстройств у учащихся средних специальных учебных заведений, своевременно выделить группу лиц с высокой вероятностью развития указанной патологии и включить их в систему лечебно-коррекционных и психопрофилактических мероприятий.

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

**Степень достоверности и апробация результатов.** Все представляемые к защите данные и результаты являются подлинными и оригинальными и получены лично соискателем. По итогам проверки первичной документации (Акт проверки первичной документации от 15 декабря 2020 года) установлено, что по характеру выборки, материалам и методам исследования результаты являются достоверными.

Апробация работы состоялась 19.11.2020 г. на заседании Апробационного семинара Диссертационного совета Д.01.026 при ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького».

Основные результаты работы были представлены на научно-практической конференции с международным участием «Современные проблемы социальной и судебной психиатрии и наркологии в период финансово-экономического кризиса и пути их решения» (г. Киев, 11-12 ноября 2010 г.), научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы клинической, социальной и судебной психиатрии в Украине» (г. Донецк, 19-20 апреля 2012 г.), областной научно-практической конференции «Актуальные вопросы наркологической службы на современном этапе» (г. Донецк, 2012 г.), областной научно-практической конференции «Современная наркологическая служба Донецкой области» (г. Донецк, 2013 г.), II Международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать болезнь» (г. Донецк, 14-15 ноября 2018 г.), III Международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать болезнь» (г. Донецк, 14-15 ноября 2019 г.).

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

практические рекомендации, выводы.

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

**Структура диссертации.** Диссертационная работа изложена на 223 страницах компьютерного текста и состоит из 6 разделов, заключения, выводов, списка литературы. Работа содержит 53 таблицы и 6 рисунков. Список источников литературы составляет 266 наименований.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Материал и методы исследования**

**Дизайн исследования.** Исследование проводилось в Соледарском профессиональном лицее № 111 (81 чел.), Артемовском индустриальном техникуме (94 чел.), Донецком профессионально-техническом училище №22 (102 чел.) и Макеевском медицинском колледже (115 чел.). В обследовании участвовали все ученики (392 чел.), находившиеся при его проведении на занятиях в основных учебных корпусах.

Использовались следующие **критерии включения** в изучаемые группы: подростковый и юношеский возраст (от 15 до 22 лет), подписание учащимся или его родителями информированного согласия, конфиденциальность, возможность для обследованного ознакомиться с результатами исследования (протокол №2 от 11.04.2019 г. заседания комиссии по биоэтике ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО), преобладание на всем протяжении заболевания клинической симптоматики преимущественно невротического спектра, соответствующей диагностическим указаниям раздела F4 МКБ-10, а также психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, соответствующих диагностическим указаниям раздела F10 МКБ-10.

**Критерии исключения:** пациенты, отказавшиеся от исследования, обнаруживающие признаки хронического соматического заболевания в стадии обострения, психические и поведенческие расстройства, не соответствующие диагностическим указаниям разделов F4 и F10 МКБ-10.

Катамнестическое наблюдение (от момента первой консультации психиатра) проводилось не менее 1 года.

Во всех случаях заполнялась «Карта обследования учащихся техникумов, лицеев и училищ», которая включала следующие разделы 1) социально-гигиенический; 2) клинико-анамнестический; 3) клинико-психопатологический; 4) психологический; 5) психокоррекционный.

Невротические расстройства и наркологическая патология



диагностировались с помощью клинико-психопатологического метода в соответствии с рубриками МКБ-10 F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», F10.1 «Употребление алкоголя с вредными последствиями» и F10.2 «Синдром зависимости вследствие употребления алкоголя».

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

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

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

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

При проведении статистического анализа результатов исследования применялся пакет прикладных программ STATISTICA 6.0 для Windows. В работе использовали общепринятые методы параметрической и непараметрической статистики. Сравнение показателей различных выборок основывалось на стандартных статистических критериях проверки гипотез. В случае сравнения двух выборок, когда распределение не отличалось от нормального, для сравнения средних значений количественных показателей применялся t-критерий Стьюдента. Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости  $p < 0,05$ . Для выявления связи между признаками использовались методы корреляционного анализа. В случае, когда распределение не отличалось от нормального, рассчитывался

коэффициент линейной корреляции Пирсона.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Обследованные были нами разделены на группы в соответствии со стадиями развития алкогольной (пивной) зависимости: субклиническими (на основании классификации Э.Е. Бехтеля (1986)) и клиническими – согласно МКБ-10.

В группу 1 вошли обследуемые (268 чел.) с субклиническим употреблением алкоголя и без наличия психических расстройств. Группа 2 (43 чел.) включала больных с наличием невротических расстройств (диагнозы раздела F4 МКБ-10) на фоне субклинического употребления алкоголя. Группа 3 (81 чел.) состояла из больных с наличием невротических расстройств (диагнозы раздела F4 МКБ-10) в сочетании с употреблением алкоголя с вредными последствиями и синдромом зависимости от алкоголя (F10.1 и F10.2 согласно МКБ-10). Для оценки эффективности разных видов лечения группа 2 была разделена на основную из 23 чел. и контрольную (20 чел.) группы, группа 3 – на основную из 41 чел. и контрольную (40 чел.) группы. В контрольных группах проводилась базовая терапия психических и поведенческих расстройств на основании имеющихся клинических протоколов, в основных группах применялась разработанная нами система лечебно-коррекционных воздействий. Психическое состояние обследованных групп 2 и 3 изучалось через 1, 3 и 12 месяцев по окончании лечения.

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

Клинические формы употребления пива (F10.1 и F10.2) чаще встречались в возрасте 17-18 лет (35,0% обследованных). Выявлено также, что, чем меньше населенный пункт, тем больше проживающих там обследованных с данными

диагнозами (учащихся из сел и поселков можно рассматривать как группу риска возникновения этой патологии). При наличии F10.2 отмечено статистически значимое ( $p < 0,001$ ) преобладание неудовлетворительных материально-бытовых условий жизни над удовлетворительными. При наличии невротических расстройств в группе с субклиническим употреблением пива обследованных, воспитывающихся кем либо из родственников, кроме родителей, брата/сестры (26,5%), либо воспитателями школ – интернатов (23,9%) было больше, а в группе с клиническим употреблением (соответственно 38,2% и 56,5%) достоверно ( $p < 0,05$ ) больше, чем в группе воспитывающихся родителями. При наличии диагнозов F10.1 и F10.2 выявлена анозогнозия в отношении указанных расстройств и почти полное игнорирование их вредных последствий: только 12,1% опрошенных признали при анкетировании, что, по крайней мере, раз в неделю, выпивая пиво, не могли остановиться, а более 80% учеников вообще не признавали существования таких ситуаций.

Невротические расстройства диагностированы у 124 человек, что составило 31,6% от общего количества обследованных (у юношей – 20,1%, у девушек – 11,5%) (таблица 1).

Таблица 1 - Нозологическая структура невротических расстройств, диагностированных у обследованных

Шифр согласно МКБ-10	Группа 2 (n=43)		Группа 3 (n=81)		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
F40-F42	10	23,2	15	18,5	25	20,2
F43.2	12	27,9	25	30,9	37	29,8
F48.0	21	48,9	41	50,6	62	50,0
Всего	43	100,0	81	100,0	124	100,0

В структуре невротических расстройств у обследованных преобладала неврастения (F48.0), при этом, ее удельный вес был почти одинаковым в обеих исследуемых группах. Второе место по распространенности занимали расстройства адаптации (F43.2), причем, в группе 3, в сравнении с группой 2, они встречались несколько чаще. Тревожные, фобические и обсессивно-компульсивные расстройства (F40-F42) занимали по распространенности третье место, с определенным преобладанием в группе 2.

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

навязчивых воспоминаний, звона в ушах или «ряби» в глазах ( $p < 0,01$ ), что характеризует специфику неврастения у данных больных.

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

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

В результате изучения функционального состояния обследованных с

помощью методики САН установлено, что показатели данного теста выше в группах 1 и 2, а в группе 3 показатели "активности" и «самочувствия» значимо ниже в сравнении с другими группами (таблица 2).

Таблица 2 - Показатели исследования функционального состояния обследованных с помощью теста САН

Показатели теста	Показатель выраженности функционального состояния в группах		
	Группа 1 (n=268) M±m	Группа 2 (n=43) M±m	Группа 3 (n=81) M±m
Самочувствие	5,13±0,49	3,88±0,95	4,24±0,79*
Активность	4,97±0,39	3,78±0,65	4,10±0,55**
Настроение	5,0±0,49	4,31±1,83	4,18±0,48

Примечание: достоверность различия показателей \* – p < 0,05; \*\* – p < 0,01

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

Таблица 3 - Показатели изучения тревожных проявлений у обследованных с помощью теста Спилбергера-Ханина

Показатели теста	Показатель выраженности тревожности в группах		
	Группа 1 (n=268) M±m	Группа 2 (n=43) M±m	Группа 3 (n=81) M±m
Личностная тревожность	3,40±2,79	4,01±0,78**	4,89±0,52
Реактивная тревожность	3,44±0,84	4,63±0,77	4,94±0,49**

Примечание: достоверность различия показателей \*\* – p < 0,01

По показателю теста Зунга «депрессивное расстройство средней степени тяжести» отмечены достоверные отличия между первой и второй (p < 0,001), а также – первой и третьей (p < 0,01) исследуемыми группами, что свидетельствует о более высоком уровне депрессии средней степени выраженности у обследованных с невротическими расстройствами, как с наркологической коморбидностью, так и без неё, в сравнении со здоровыми лицами. Показатель «истинная депрессия» достоверно (p < 0,01) выше во второй группе, по сравнению с первой.

При исследовании по методике МПДО статистически достоверных отличий частоты встречаемости той или иной акцентуации в группах не выявлено.

С целью выяснения характера связи непсихотической психопатологической симптоматики с наличием диагнозов неврастения, расстройств адаптации, тревожных, фобических и обсессивно-компульсивных расстройств в группах 2 и 3 нами проведен корреляционный анализ при помощи вычисления коэффициента корреляции  $r$  Пирсона (таблица 4).

Таблица 4 - Психопатологические симптомы при невротических расстройствах у обследованных (коэффициент корреляции  $r$  Пирсона)

Симптомы	Клинические диагнозы					
	Расстройства адаптации		Неврастения		Тревожно-фобические расстройства	
	Группа 2	Группа 3	Группа 2	Группа 3	Группа 2	Группа 3
Психическая утомляемость	0,88	0,80	0,56	0,81	1,0	0,57
Раздражительность	0,88	0,80	0,56	0,52	1,0	0,89
Эмоциональное напряжение	0,76	0,77	0,48	0,50	0,86	0,92
Рассеянность и снижение концентрации внимания	0,80	0,80	0,78	0,84	0,71	0,89
Тремор в теле	0,76	0,71	0,48	0,47	0,86	1,0
Сердцебиение	0,70	0,68	0,45	0,45	0,80	0,95
Снижение настроения	0,88	0,88	0,56	0,58	1,0	0,80
Нарушение сна	0,88	0,82	0,56	0,54	1,0	0,86
Снижение энергичности	0,73	0,84	0,86	0,77	0,64	0,60
Выраженная усталость к концу рабочего дня	0,89	0,67	0,71	0,97	0,79	0,79
Снижение аппетита	0,94	0,80	0,60	0,52	0,93	0,48
Сдавливание в груди	0,58	0,59	0,37	0,39	0,65	0,83
Подавленность и угнетенность	0,58	0,94	0,91	0,69	0,51	0,67
Трудность в выполнении любой работы	0,80	0,82	0,78	0,79	0,71	0,58
Навязчивости	0,64	0,59	0,41	0,39	0,73	0,83
Страх заболеть тяжелым заболеванием	0,75	0,73	0,34	0,40	0,82	0,84

Гиперестезия к громким звукам и яркому свету	0,94	0,85	0,67	0,56	0,83	0,83
Головная боль и головокружение	0,94	0,97	0,61	0,67	0,93	0,69
Кошмарные сновидения	0,82	0,68	0,52	0,62	0,93	0,95
Тревога	0,80	0,74	0,78	0,49	0,71	0,96
Комок в горле при волнении	0,88	0,65	0,56	0,43	1,0	0,91
Эмоциональная лабильность и невозможность сдерживать слезы	0,80	0,82	0,78	0,79	0,71	0,58

Во второй и третьей исследуемых группах выявлена весьма высокая теснота корреляционных связей ( $0,9 < r < 1$ ) с такими симптомами, как снижение аппетита, гиперестезия к громким звукам и яркому свету, головная боль и головокружение, подавленность и угнетенность (при расстройствах адаптации), выраженная усталость к концу рабочего дня, подавленность и угнетенность (при неврастении), эмоциональное напряжение, психическая утомляемость, раздражительность, снижение настроения, нарушение сна, комок в горле при волнении, снижение аппетита, сердцебиение, головная боль и головокружение, кошмарные сновидения, тревога, тремор в теле (при тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройствах). Остальные симптомы, приведенные в таблице 4, с расстройствами адаптации, неврастением, тревожно-фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами имели в большей степени корреляционные связи высокой тесноты ( $0,7 < r < 0,9$ ).

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

С целью коррекции невротических расстройств у обследованных нами был разработан и применен комплекс лечебных мероприятий, включавший сбалансированное сочетание психофармакотерапии и психотерапии. Медикаментозное лечение проводилось при наличии невротических расстройств

на фоне субклинического употребления пива (в группе 2) и невротических расстройств с коморбидной клинической алкогольной патологией (в группе 3).

Проведение психопрофилактических, психокоррекционных и лечебных мероприятий больным молодого возраста на различных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости длилось три месяца и имело целью:

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

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

В разработанную нами программу указанных мероприятий включались следующие направления.

1) Работа с классными руководителями и преподавателями учебных заведений. Результаты изучения характерологических и психологических особенностей личности и возможностей учащихся, состояния их соматического здоровья и наличие неблагоприятных факторов семейной среды обсуждались с классными руководителями с соблюдением всех деонтологических норм и требований. На основании этой информации классные руководители не только формировали для себя детальное представление об учащихся, но и намечали программу индивидуальной и групповой воспитательной работы, а также мероприятий по рациональному распределению общественной нагрузки во вновь сформированном коллективе.

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

3) Проведение индивидуальной психологической коррекции и психотерапии. Результаты комплексного клинко-психопатологического, психологического и социально-демографического изучения учащихся служили отправной точкой для проведения обследованным индивидуальной психологической коррекции и психотерапии в соответствии с разработанным нами алгоритмом, включавшим использование техник и приемов когнитивно-поведенческого направления, гештальт-терапии, семейной психотерапии, аутогенной тренировки как на данном этапе, так и при последующей групповой работе.



4) Проведение групповой психотерапии, психопрофилактической и психокоррекционной работы. Индивидуальная психокоррекция и психотерапия дополнялась групповой работой, приобретая психопрофилактический характер. С учетом проблем, выявленных во взаимодействии обследованных, нами формировались группы следующей направленности: молодые люди с острыми конфликтами дома или в учебном заведении, для которых проводились тренинги конструктивного разрешения конфликтов; учащиеся с недостаточно развитыми навыками социального функционирования, робостью в общении, неумением выступать перед аудиторией, отстаивать свое мнение, знакомиться со сверстниками: для них проводились тренинги личностного роста и публичных выступлений; лица с жалобами на сложности в усвоении учебного материала, для которых проводились тренинги когнитивных навыков.

5) Психофармакотерапия. Медикаментозное лечение применялось во второй и третьей исследуемых группах. При оценке микросоциальных условий как удовлетворительных и/или нетяжелом уровне расстройств рекомендовалось преимущественно амбулаторное лечение. При неврастении с депрессивными проявлениями назначался антидепрессант группы СИОЗС (широко применяемой в амбулаторных условиях) со стимулирующим действием флуоксетин, дозы которого подбирались индивидуально, в пределах 20-60 мг в сутки, с учетом того, что клинический эффект развивался через 1-2 недели после начала лечения, а у некоторых пациентов и позже. Кроме того, в процессе проводимого лечения (в том числе, для устранения возможно появляющихся возбуждения и бессонницы как следствия стимулирующего эффекта флуоксетина в первые недели его приёма) нами использовался селективный небензодиазепиновый анксиолитик афобазол (в дозировке 30 мг в сутки). При более выраженных проявлениях депрессии с заторможенностью применялся сульпирид (100-300 мг/сут. в 2-3 приема). Для стабилизации эмоционального фона назначался карбамазепин (200-400 мг/сут. в 2-3 приема). С целью предупреждения нежелательных побочных явлений дозировку препаратов в начале терапии плавно увеличивали, а перед тем, как прекратить прием, так же постепенно уменьшали. При лечении расстройств адаптации в амбулаторной практике в двух исследуемых группах перед нами стояла задача эффективно купировать тревогу и беспокойство, не вызвав значительной седации. В этих случаях мы использовали буспирон – так называемый дневной транквилизатор, дозировки которого подбирались индивидуально, составляя 20-30 мг в сутки, но их достигали постепенно, начиная не более чем с 15 мг и увеличивая дозу 1 раз в 2-3-е суток. При тревожно-фобических расстройствах назначались антидепрессанты, предназначенные для купирования сопутствующих депрессивных проявлений. Из их числа был выбран сертралин – в дозировке

50 мг/сут., который назначался 1 раз в сутки утром или вечером, независимо от приема пищи; обычная терапевтическая доза составляла 50 мг/сут. Лечение панических расстройств начинали с 25 мг/сут., через 1 нед. дозу сертралина повышали до 50 мг/сут. Начальное терапевтическое действие развивалось на протяжении 7 дней; при этом, для достижения полного эффекта обычно требовалось 2-4 нед. и более (при лечении обсессивно-компульсивного расстройства). Некоторым пациентам при более выраженных депрессивных проявлениях назначался трициклический антидепрессант amitриптилин по 25 мг 3 раза в сутки.

Лечение больных с нозологически очерченной алкогольной патологией основывалось на принципах добровольности, максимальной индивидуализации и комплексности лечения, отказа от употребления алкоголя и патогенетического подхода к терапии.

Нами использован следующий алгоритм терапии синдрома зависимости от алкоголя:

1) детоксикация препаратом Медихронал-Дарница в течение 3-5 дней, при необходимости, 5-7 дней;

2) тиосульфат натрия: 5,0 мл в/в в течение 10 дней как один из способов избавиться от алкогольной зависимости с формированием устойчивого отвращения к алкоголю;

3) витамины (пиридоксин 5% – 10 мл в/м, тиамин гидрохлорид в/м, никотиновая кислота в/м, аскорбиновая кислота в/м) в течение 10 дней;

4) транквилизаторы (афобазол в дозировке 30 мг в сутки, а при более выраженных проявлениях депрессии для коррекции поведенческих нарушений – сульпирид (100-300 мг/сут. в 2-3 приема);

5) для стабилизации настроения назначался нормотимик карбамазепин (200-400 мг/сут. в 2-3 приема);

6) антидепрессанты (сертралин в дозировке 50 мг/сут. 1 раз в сутки утром или вечером независимо от приема пищи);

7) антиоксиданты (мексидол 125-250 мг/сут. в течение 7 дней);

8) гепатопротекторы (эссенциале по 1 капсуле 3 раза в день в течение 2-х месяцев).

Динамика нивелирования превалирующих психопатологических симптомов в группе 2 после применения разработанной нами системы лечебно-коррекционных воздействий представлена в таблице 5.

Таблица 5 - Динамика превалирующих психопатологических симптомов у обследованных группы 2 на фоне применения системы лечебно-коррекционных воздействий (n = 23)

Симптомы	Частота встречаемости симптомов (до лечения)	Частота встречаемости симптомов (через 1 месяц по окончании лечения)	Частота встречаемости симптомов (через 3 месяца по окончании лечения)	Частота встречаемости симптомов (через 12 месяцев по окончании лечения)
	%	% /p	% /p	% /p
Медлительность, вялость, снижение энергичности	60,8%	34,7% p=0,1413	26,1% p=0,0416*	13,1% p=0,0025**
Нарушение сна	69,5%	34,7% p=0,0177	26,8% p=0,0025**	21,7% p=0,0001***
Подавленность и угнетенность	73,9%	34,7% p=0,0105*	26,8% p=0,0007***	17,3% p=0,0001***
Рассеянность и невнимательность	65,2%	30,4% p=0,0177*	17,3% p=0,0006***	13,1% p=0,0001***
Сильная усталость к концу рабочего дня	82,6%	34,8% p=0,0006***	30,4% p=0,0001***	30,4% p=0,0001***
Тревога и беспокойство	69,5%	34,7% p=0,177	21,7% p=0,0007***	21,7% p=0,0007***
Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001.				

При назначении базовой терапии 20 обследованной группы 2 отмечено достоверное (при  $p < 0,05$ ) снижение частоты встречаемости следующих симптомов из числа указанных в таблице 5: нарушения сна (через 1 и 3 месяца по окончании лечения), подавленности и угнетенности (через 3 месяца), рассеянности и невнимательности (через 1, 3 и 12 месяцев), тревоги и беспокойства (через 3 и 12 месяцев).

Динамика нивелирования превалирующих психопатологических симптомов в группе 3 после применения разработанной нами системы лечебно-коррекционных воздействий представлена в таблице 6.

Таблица 6 - Динамика превалирующих психопатологических симптомов у обследованных группы 3 на фоне применения системы лечебно-коррекционных воздействий (n = 41)

Симптомы	Частота встречаемости симптомов в (до лечения)	Частота встречаемости симптомов (через 1 месяц по окончании лечения)	Частота встречаемости симптомов (через 3 месяца по окончании)	Частота встречаемости симптомов (через 12 месяцев по окончании)

			лечения)	лечения)
	%	% /p	% /p	% /p
Медлительность, вялость, снижение энергичности	80,2%	51,3%	46,2%	41,4%
		p=0,0004***	p=0,0010**	p=0,0001***
Подавленность и угнетенность	71,4%	44,2%	37,6%	29,3%
		p=0,01210	p=0,0076**	p=0,0076**
Рассеянность и невнимательность	71,4%	44,2%	34,3%	29,3%
		p=0,0137*	p=0,0007***	p=0,0001***
Ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин и нет	68,3%	41,5%	32,6%	29,4%
		p=0,0143*	p=0,0007***	p=0,0002***
Эмоциональная лабильность, невозможность сдерживать слезы	68,4%	34,1%	29,5%	29,5%
		p=0,0451*	p=0,0143**	p=0,0143*
Примечание: достоверность различия показателей до и после лечения: * – p <0,05; ** – p <0,01; p <0,001***				

При назначении базовой терапии 40 обследованным группы 3 отмечено достоверное снижение частоты встречаемости следующих симптомов из числа указанных в таблице 6: медлительности, вялости, снижения энергичности (через 3 и 12 месяцев по окончании лечения,  $p < 0,05$ ), подавленности и угнетенности (через 3 месяца,  $p < 0,05$ ), рассеянности и невнимательности (через 1 ( $p < 0,05$ ), 3 ( $p < 0,01$ ) и 12 ( $p < 0,01$ ) месяцев), ощущения беспокойства (через 3 и 12 месяцев,  $p < 0,01$ ), эмоциональной лабильности (через 3 и 12 месяцев,  $p < 0,05$ ).

Повторное психодиагностическое исследование в группе 2 через 12 месяцев после применения разработанной нами системы лечебно-коррекционных воздействий выявило достоверное ( $p < 0,01$ ) улучшение показателя личностной тревожности, а также показателей самочувствия, активности, настроения, реактивной тревожности и депрессии ( $p < 0,05$ ). Через 12 месяцев после применения базовой терапии в данной группе отмечено достоверное ( $p < 0,05$ ) улучшение показателей реактивной и личностной тревожности. После повторного психодиагностического исследования в группе 3 через 12 месяцев по окончании применения разработанной нами системы лечебно-коррекционных воздействий отмечено достоверное улучшение следующих показателей: активности, реактивной тревожности ( $p < 0,01$ ), самочувствия, настроения,

личностной тревожности, депрессии разной степени выраженности ( $p < 0,05$ ). Через 12 месяцев после применения базовой терапии в данной группе отмечено достоверное ( $p < 0,05$ ) улучшение показателя настроения.

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

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В диссертации приведено теоретическое обобщение и новое решение научной задачи улучшения результатов диагностики и лечения невротических расстройств на различных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости в молодом возрасте. Поставленная задача решена путем разработки научно обоснованной и оцененной нами с точки зрения эффективности комплексной системы психофармакотерапевтических, психотерапевтических и психопрофилактических воздействий, базирующейся на принципах комплексности, дифференцированности и последовательности, использовании современных методов рациональной, когнитивно-поведенческой, семейной психотерапии и аутогенной тренировки в структуре индивидуальной и групповой моделей психотерапии.

### **ВЫВОДЫ**

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

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

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

педагогами школ-интернатов, алкогольная анозогнозия.

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

Неврастению в группе 2 характеризовало преобладание повышенной психической утомляемости, раздражительности, нарушений сна, чувствительности к яркому свету, громким звукам, резким краскам, рассеянности внимания, навязчивых воспоминаний, головной боли и головокружения, повышенной потливости, ощущений сдавливания в груди и нехватки воздуха при волнении. В группе 3 неврастению отличало меньшее разнообразие симптоматики, с акцентом на навязчивых воспоминаниях, звоне в ушах или «ряби» в глазах.

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

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

груди и нехватки воздуха при волнении, произвольное подергивание головы, плеч, век, скул, особенно при волнении, невозможность освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей, покалывание в пальцах рук и ног.

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

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

7. Разработанная нами система лечебно-коррекционных воздействий при невротических расстройствах на различных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости в молодом возрасте, базируется на принципах

комплексности, дифференцированности и последовательности, использовании современных методов рациональной, когнитивно-поведенческой, семейной психотерапии, аутогенной тренировки, в структуре индивидуальной и групповой моделей психотерапии. Данная система имеет также психопрофилактическую направленность, заключающуюся в предупреждении формирования (либо развития) невротической и наркологической патологии.

Медикаментозное лечение проводилось при наличии невротических расстройств на фоне субклинического употребления пива (в группе 2) и невротических расстройств с коморбидной клинической алкогольной патологией (в группе 3) и включало назначение флуоксетина (20-60 мг/сут.), афобазола (30 мг/сут.), сульпирида (100-300 мг/сут.), карбамазепина (200-400 мг/сут.), буспирона (20-30 мг/сут.), сертралина (50 мг/сут.), amitриптилина (25 - 75 мг/сут.), мексидола (125-250 мг/сут.), эссенциале (по 1 капсуле 3 раза в день), препарата Медихронал-Дарница, витаминов группы В, никотиновой, аскорбиновой кислоты внутримышечно, тиосульфата натрия внутривенно.

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

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

## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

*Публикации в рецензируемых изданиях ВАК Минобрнауки ДНР*

1. Побережная, Н.В. Структура непсихотических психических расстройств и их лечение при разных формах употребления алкоголя лицами молодого возраста [Текст] / Н.В.Побережная //



Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2019. – № 2(46). – С. 49-56. *(В статье нашли отражение основные положения 1 главы)*

2. Побережная, Н.В. Психологические и клиничко-психопатологические характеристики употребляющих пиво учащихся средних специальных учебных заведений [Текст] / Н.В.Побережная // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2019. – № 4(48). – С. 70-79. *(В статье нашли отражение основные положения 3 главы)*

3. Побережная, Н.В. Корреляционные связи непсихотической психопатологической симптоматики с клиническими психиатрическими диагнозами и разными формами употребления пива, включая коморбидную нозологическую алкогольную патологию [Текст] / Н.В.Побережная // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2020. – № 3(51). – С. 80-91. *(В статье нашли отражение основные положения 4 главы)*

*Публикации в рецензируемых изданиях ВАК Украины*

4. Бабюк, И.А., Побережная, Н.В., Табачников, А.Е. Подростковый пивной алкоголизм как медико-социальная проблема [Текст] / И.А.Бабюк, Н.В.Побережная, А.Е.Табачников // Архив психиатрии.–2010.–Т.16.–№ 4(63).–С.53-57. *(В статье нашли отражение основные положения 1 главы)*

5. Побережная, Н. В. Общая характеристика и методы исследования пивного алкоголизма у лиц молодого возраста [Текст] / Н.В.Побережная // Архив психиатрии. –2011. –Т.17. –№ 3(66). – С.77-80. *(В статье нашли отражение основные положения 2 главы)*

6. Побережная, Н.В. Факторы риска, ведущие к развитию пивного алкоголизма у лиц молодого возраста [Текст] / Н. В.Побережная // Архив психиатрии. –2012. –Т.19. –№ 4(71). –С.87-90 *(В статье нашли отражение основные положения 2 главы)*

7. Побережная, Н.В. Особенности употребления пива лицами молодого возраста [Текст] / Н.В.Побережная // Международный психиатрический, психотерапевтический и психоаналитический журнал. –2012. –Т.15. –№ 1(17). –С.60-62 *(В статье нашли отражение основные положения 3 главы)*

8. Побережная, Н.В. Клинические особенности пивного алкоголизма у лиц молодого возраста [Текст] / Н.В.Побережная // Архив психиатрии. –2012. –Т.18. –№ 3(70). –С.82-85 *(В статье нашли отражение основные положения 3 главы)*

9. Побережная, Н.В. Особенности групповой психопрофилактики и психокоррекции пивной зависимости у подростков [Текст] / Н.В.Побережная // Международный психиатрический, психотерапевтический и психоаналитический журнал. –2013. –Т.6. –№2(20). –С.71-73 *(В статье нашли отражение основные положения 5 главы)*

*Публикации в других научных изданиях*

10. Побережная, Н.В. Особенности групповой психопрофилактики и психокоррекции пивной зависимости у подростков [Текст] / Н.В.Побережная // Врачебное дело. –2013. – № 1. –С.98-100.

**Побережная Наталья Викторовна. Невротические расстройства на различных стадиях формирования алкогольной (пивной) зависимости в молодом возрасте (дифференцированный подход к диагностике, лечению и профилактике).** *Рукопись.* Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. 14.01.06 – психиатрия. ГОУ ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО». Донецк, 2021.

Работа выполнена с целью улучшения результатов диагностики, лечения и

профилактики невротических расстройств на различных стадиях формирования алкогольной пивной зависимости у лиц молодого возраста. Для реализации поставленной цели на основе изучения невротических расстройств на различных стадиях алкогольной пивной зависимости с позиций системного подхода к их распространенности, клинической структуре были выявлены наиболее этиологически значимые стрессогенные факторы риска возникновения данных расстройств, и с целью минимизации их действия разработана система психопрофилактических и психотерапевтических подходов.

Описаны субклиническая и клиническая стадии формирования пивного алкоголизма у лиц молодого возраста, определены клинко-патопсихологические особенности невротических расстройств, представленных у обследованных неврастенией, расстройствами адаптации и группой тревожных, фобических и обсессивно-компульсивных расстройств.

Выявлены патопсихологические особенности больных с наличием невротических расстройств на различных стадиях формирования пивной алкогольной зависимости путем исследования их индивидуально-психологического развития, уточнения особенностей и степени выраженности нарушений психического здоровья.

Выяснен характер связи непсихотической психопатологической симптоматики с наличием диагнозов неврастение, расстройств адаптации, тревожных, фобических и обсессивно-компульсивных расстройств, а также с различными стадиями формирования алкогольной пивной зависимости в молодом возрасте.

Разработана и внедрена система психопрофилактических, лечебно-коррекционных мероприятий для лиц молодого возраста, страдающих невротическими расстройствами, на разных стадиях формирования пивной алкогольной зависимости, определена эффективность данной системы.

Выявлена, при использовании полного объема лечебно-профилактических мероприятий, достоверная позитивная динамика изменений клинического состояния больных и их психодиагностических показателей через 1, 3 и 12 месяцев от начала лечения с помощью предложенного нами комплекса лечебно-коррекционных воздействий.

Сделано заключение о клинической целесообразности изучения развития невротических расстройств на различных стадиях формирования алкогольной пивной зависимости в молодом возрасте.

***Ключевые слова:** невротические расстройства, стадии формирования зависимости от алкоголя, пивная зависимость, диагностика, лечение и профилактика психических и поведенческих расстройств, подростки*

**Poberezhnaya Natalya Viktorovna. Neurotic disorders at various stages of**

**alcohol (beer) dependence formation in young age (the differentiated approach to diagnosis, treatment and prevention).** *Manuscript.* The dissertation for the degree of candidate of medical sciences. 14.01.06 – psychiatry. State educational institution of higher professional education «M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, 2021.

The work was done to improve the diagnosis, treatment and prevention of neurotic disorders at various stages of alcohol (beer) dependence formation in young age. The neurotic disorders at various stages of alcohol (beer) dependence are studied.

The formation of subclinical and clinical stages of alcohol (beer) dependence are described, and the clinical and pathopsychological features of neurotic disorders are determined.

The pathopsychological features of patients with neurotic disorders at various stages of the alcohol (beer) dependence formation are revealed.

A system of psychoprophylactic, therapeutic and correctional measures for young people with neurotic disorders at different stages of the alcohol (beer) dependence formation has been developed, implemented and evaluated from the point of view of its effectiveness.

***Key words:** neurotic disorders, stages of alcohol dependence formation, beer dependence, diagnosis, treatment and prevention of mental and behavioral disorders, adolescents*

#### **Список сокращений и условных обозначений**

**ВОЗ** – Всемирная организация здравоохранения

**ГОО ВПО** – Государственная образовательная организация высшего профессионального образования

**ДОННМУ** – Донецкий национальный медицинский университет

**МКБ-10** – международная классификация болезней 10-го пересмотра

**МПДО** – модифицированный патохарактерологический диагностический опросник

**ПДО** – патохарактерологический диагностический опросник

**САН** – самочувствие, активность, настроение

**СИОЗС** – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

**ФИПО** – факультет интернатуры и последипломного образования

**AUDIT** – Alcohol Use Disorders Identification Test

**STAIC** – State-Trait-Anxiety-Inventory for Children