

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

На правах рукописи

**ГРЕЧАНЫЙ
Северин Вячеславович**

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

Специальность: 14.01.06 – психиатрия
14.01.27 – наркология

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание учёной степени доктора медицинских наук

Санкт-Петербург
2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	9
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	21
1.1. Современный подход к проблеме расстройств поведения	21
1.2. Актуальные аспекты употребления подростками психоактивных веществ с вредными последствиями	31
1.3. Мотивы употребления психоактивных веществ и их связь с аддиктивным поведением	39
1.4. Проблемы психической адаптации подростков с расстройствами поведения и употреблением психоактивных веществ	45
1.5. Семейный аспект расстройств поведения и употребления психоактивных веществ у подростков	60
1.6. Психологическая адаптация ВИЧ-инфицированных	65
1.7. Лечение расстройств поведения	74
1.8. Лечение употребления психоактивных веществ с вредными последствиями и синдрома зависимости у подростков	79
ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	89
2.1. Материал исследования	89
2.1.1. Основная группа	89
2.1.2. Группа сравнения	91
2.1.3. Контрольная группа	93
2.2. Методы исследования	104
ГЛАВА 3. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ	112
3.1. Отягощенная наследственность	112
3.2. Семья	117
3.3. Образование	119

3.4. Социальный статус	122
3.5. Место проживания	125
3.6. Возраст начала употребления психоактивных веществ	129
3.7. Длительность употребления психоактивных веществ с вредными последствиями	132
3.8. Инфицированность гепатитом С	134
3.9. ВИЧ-инфицированность	135
3.10. Логистическая регрессия анамнестических данных	137
ГЛАВА 4. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА	
РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ	151
4.1. Распространенность расстройств поведения	151
4.2. Клинико-психопатологическая характеристика форм расстройств поведения	155
4.3. Различие расстройств поведения в зависимости от сроков их начала ..	162
4.4. Результаты клинико-анамнестического исследования пациентов с ранними симптомами расстройств поведения	165
4.5. Изучение количественных показателей форм расстройств поведения с рейтинговых значений шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей»	174
ГЛАВА 5. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА	
УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ВРЕДНЫМИ	
ПОСЛЕДСТВИЯМИ	186
5.1. Клинико-психопатологическое описание симптомов употребления психоактивных веществ с вредными последствиями в динамике	186
5.1.1. Клинико-психопатологическая характеристика употребления опиоидов с вредными последствиями в динамике	186
5.1.2. Клинико-психопатологическая характеристика употребления летучих растворителей с вредными последствиями в динамике	193
5.1.3. Клинико-психопатологическая характеристика употребления алкоголя с вредными последствиями в динамике	202

5.1.4. Клинико-психопатологическая характеристика употребления стимуляторов с вредными последствиями в динамике	208
5.2. Клинико-динамическое исследование рейтинга тяжести употребления психоактивных веществ с вредными последствиями	215
5.3. Исследование употребления психоактивных веществ с вредными последствиями у пациентов с ранним и поздним сроком начала расстройств поведения	228
5.3.1. Рейтинг тяжести употребления психоактивных веществ с вредными последствиями у пациентов с ранним и поздним сроком начала расстройств поведения при первичном обследовании	228
5.3.2. Рейтинг тяжести употребления психоактивных веществ с вредными последствиями у пациентов с ранним и поздним сроком начала расстройств поведения при повторном обследовании	232
ГЛАВА 6. СВЯЗЬ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ.....	241
ГЛАВА 7. АДАПТАЦИОННАЯ СИСТЕМА ЛИЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ	257
7.1. Механизмы психологической защиты у подростков с расстройствами поведения и употреблением психоактивных веществ с вредными последствиями	257
7.2. Совладающее поведение у подростков с расстройствами поведения и употреблением психоактивных веществ с вредными последствиями	279
7.3. Результаты исследования личностных характеристик по методике «Тест руки»	303
ГЛАВА 8. МОТИВЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ	318
8.1. Результаты изучения аддиктивных мотивов с помощью клинико-психопатологического метода	318
8. 2. Результаты изучения аддиктивных мотивов с помощью «Опросника	

мотивов употребления алкоголя /психоактивных веществ»	321
8.3. Связь аддиктивных мотивов с расстройствами поведения	329
8.4. Связь аддиктивных мотивов с клинико-динамическими характеристиками употребления психоактивных веществ с вредными последствиями	331
8.5 Связь аддиктивных мотивов с адаптационной системой личности пациентов	350
ГЛАВА 9. ОЦЕНКА РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ В СЕМЬЯХ ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ	356
9.1. Сравнение родительского отношения матерей и отцов в полных и неполных семьях	356
9.2. Корреляционные взаимосвязи шкал опросников «Подростки о родителях» и «Теста руки»	372
9.3. Результаты исследования отношения к материнству у девочек- подростков	376
ГЛАВА 10. ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОСТЬ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ	384
10.1. Распространенность ВИЧ-инфицирования у пациентов разных клинических подгрупп	384
10.2. Рейтинг тяжести употребления психоактивных веществ с вредными последствиями у ВИЧ-инфицированных пациентов	385
10.3. Адаптационная система личности ВИЧ-инфицированных пациентов	389
ГЛАВА 11. ПСИХОТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ	414
11.1. Цели, задачи и содержание психотерапии	414
11.2. Описание интервенции	417

11.3. Результаты интервенции (психотерапии)	418
ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ	448
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	486
ВЫВОДЫ	489
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	494
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	496
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	497
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	570
Приложение 1.1. «Низонжеровский опросник оценки поведения детей (версия для нормального интеллектуального развития)»	570
Приложение 1.2. Опросник «Диагностика употребления психоактивных веществ подростками (европейская версия)»	574
Приложение 1.3. «Клинико-анамнестическая анкета расстройств поведения»	589
Приложение 1.4. «Опросник мотивов употребления алкоголя/ психоактивных веществ»	592
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Различия в количественных показателях наследственности между подгруппами и группой сравнения	595
ПРИЛОЖЕНИЕ 3	597
Приложение 3.1. Перекодировка категориальных предикторов в серию бинарных переменных	597
Приложение 3.2. Результаты логистической регрессии пациентов подгруппы употребления опиоидов с вредными последствиями	601
Приложение 3.3. Результаты логистической регрессии пациентов подгруппы употребления летучих растворителей с вредными последствиями	604
Приложение 3.4. Результаты логистической регрессии пациентов подгруппы употребления алкоголя с вредными последствиями	607
Приложение 3.5. Результаты логистической регрессии пациентов подгруппы употребления стимуляторов с вредными последствиями	611

ПРИЛОЖЕНИЕ 4	614
Приложение 4.1. Результаты «Клинико-anamnestической анкеты расстройств поведения»	614
Приложение 4.2. Однофакторный дисперсионный анализ симптомов «Клинико-anamnestической анкеты расстройств поведения»	622
Приложение 4.3. Однофакторный дисперсионный анализ симптомов «Клинико-anamnestической анкеты расстройств поведения» пациентов с диагнозом «Социализированное расстройство поведения»	625
Приложение 4.4. Материал адаптация методики «Низонжеровский опросник оценки поведения детей. Группировка пунктов опросника в шкалы»	628
Приложение 4.5. Изучение надежности (внутренней согласованности) шкал «Низонжеровский опросник оценки поведения детей»	638
Приложение 4.6. Данные о нормальном распределении шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей»	648
Приложение 4.7. Различия средних значений шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей» в зависимости от вида употребляемого ПАВ	649
ПРИЛОЖЕНИЕ 5	660
Приложение 5.1. Результаты однофакторного дисперсионного анализа рейтинга тяжести при употреблении разных видов ПАВ	665
Приложение 5.2. Результаты однофакторного дисперсионного анализа рейтинга тяжести при употреблении разных видов ПАВ в динамике	667
ПРИЛОЖЕНИЕ 6. Результаты факторного анализа количественных значений шкал «Низонжеровский опросник оценки поведения детей» и «ЕвроАДАД»	674
ПРИЛОЖЕНИЕ 7	682
Приложение 7.1. Статистическая обработка результатов опросника «Индекс жизненного стиля»	682
Приложение 7.2. Статистическая обработка результатов опросника	

«Копинг-тест»	687
Приложение 7.3. Статистическая обработка результатов «Теста руки»	689
ПРИЛОЖЕНИЕ 8	690
Приложение 8.1. Результаты факторного анализа пунктов «Опросника мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ»	690
Приложение 8.2. Данные о нормальном распределении шкал «Опросника мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ» ...	692
Приложение 8.3. Изучение надежности (внутренней согласованности) шкал «Опросника мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ»	693
Приложение 8.4. Изучение надежности (внутренней согласованности) шкал «Опросника мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ»	699
Приложение 8.5. Различия шкал «Опросника мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ» при разных видах употребляемых ПАВ	701
ПРИЛОЖЕНИЕ 9	704
Приложение 9.1. Статистическая обработка результатов методики «Подростки о родителях»	704
Приложение 9.2. Однофакторный дисперсионный анализ шкал «Подростки о родителях» при употреблении разных ПАВ	705
ПРИЛОЖЕНИЕ 10. Анализ главных компонент переменных шкалы «ЕвроАДАД», механизмы психологической защиты, типы совладающего поведения и типы отношения к болезни у ВИЧ-инфицированных подростков с РП и употреблением ПАВ	709
ПРИЛОЖЕНИЕ 11	711
Приложение 11.1. Результаты однофакторного дисперсионного анализа рейтинга тяжести до интервенции	711
Приложение 11.2. Результаты однофакторного дисперсионного анализа рейтинга тяжести после интервенции	714

ВВЕДЕНИЕ

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 [548]. 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% [238, 485, 518, 556].

Термин «расстройства поведения» вошел в употребление в последние десятилетия благодаря DSM-III, IV, 5 и МКБ-10. В отечественной литературе широкое распространение получили термины «патологические формы нарушения поведения» [112], «саморазрушающее поведение» [137], «патохарактерологические реакции» [100], «девиантное поведение» [101, 117] и др. Понятие «расстройство поведения» стало употребляться относительно недавно [87]. В настоящее время проблема поведенческих нарушений все чаще рассматривается с позиций личностной дезадаптации, что отвечает задачам биопсихосоциального подхода [15, 34, 155, 156, 158, 179].

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 [216, 334, 360, 649]. 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 [253, 323, 325, 498]. 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 [212, 265, 272, 332, 640].

Значимость проблемы РП определяется рядом обстоятельств, среди которых указывается агрессивный, антиобщественный и противоправный характер поступков пациентов [287, 386, 508]. 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 [248, 356, 455, 526, 641, 660]. 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) [573].

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 [210, 216, 281, 406, 439, 538]. Важным аспектом проблемы РП также являются школьная дезадаптация, когнитивный дефицит, нарушение семейных взаимоотношений [40, 178, 441, 564, 640], употребление алкоголя и психоактивных веществ (ПАВ) [303, 326, 380, 431, 494, 653, 568]. 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 [248, 336]. 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 [124, 143, 152, 173, 139, 140, 488, 576]. Считается, что употребление ПАВ ухудшает прогноз РП, определяет высокий риск ВИЧ-инфицирования [104, 105, 243, 341], является фактором трансформации поведенческих проблем в антисоциальное расстройство личности [386, 514]. РП как основа формирующегося употребления

ПАВ требует изучения в связи с различными 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 [20, 21, 88, 102, 107, 111, 116, 136, 138, 144]. Показано, что причиной направления подростков с аддиктивным поведением в специализированные медицинские учреждения являются поведенческие нарушения, а инициаторами обращения чаще служат педагоги, соотработники, с которыми подросток сталкивается в связи с сопутствующим психолого-педагогическим неблагополучием [608].

В настоящее время рецидив считается серьезной проблемой для большинства пациентов подросткового возраста, проходивших лечение от аддиктивного поведения и зависимости от ПАВ [553, 606]. Меры, направленные на повышение эффективности терапии, приводят к малым результатам. Так, рецидив употребления подростками алкоголя в период 3-6 мес. составляет около 60% [249, 368, 414]. 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 [432].

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» [290, 291]. 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) [284, 389, 486]. Различные исследования подтвердили справедливость выделения этих установок

как у взрослых, так и у подростков [218, 235, 321, 435, 656]. Установлена связь аддиктивных мотивов с такими клиническими характеристиками заболевания, как выраженность симптомов зависимости [259], характер его течения [555], стадия [430], и эффективность терапии [329], а также с особенностями личности пациентов [285].

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 клинико-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. Стил ь 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.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Современный подход к проблеме расстройств поведения

Диагностические критерии расстройств поведения. В определении понятия «расстройство поведения» (РП) большинство авторов подчеркивают такие его свойства, как антисоциальная направленность, грубое нарушение сложившихся в обществе моральных норм и правил [287, 386, 508], агрессивность поступков, склонность к противоправным действиям и столкновение с законом [385, 596], устойчивость, повторяющийся характер поступков [578], характерная динамика – начало в дошкольном или младшем школьном возрасте [216, 334, 356, 559, 573, 649], связь с антисоциальным (диссоциальным) расстройством личности во взрослом возрасте [247, 356, 455, 526, 641, 660], сочетание с гиперкинетическим расстройством, что определяет менее благоприятный прогноз, высокий риск агрессивного и антисоциального поведения, нарушения закона [210, 216, 281, 406, 439, 538], нарушение школьной адаптации, когнитивный дефицит, нарушение семейных взаимоотношений [40, 178, 564, 640] и связь с употреблением ПАВ [303, 326, 380, 431, 441, 494, 568, 582, 653]. Согласно критериям DSM-IV, для постановки диагноза необходимы: повторяющийся и систематический характер расстройств; нарушение прав, социальных норм или правил (агрессивность к людям и/или животным, порча имущества, грубые нарушения семейных и школьных правил поведения); поведенческие нарушения в 3 различных сферах жизни в течение, как минимум, 6 месяцев [578]. Отдельные эпизоды (магазинная кража, «эксперименты» с марихуаной или алкоголя), как и специфические антиобщественные действия, отмечаются у 80 % молодежи в США и диагноз не определяют [379, 481].

Распространенность РП. Расстройство поведения у детей и подростков является наиболее часто диагностируемым психическим расстройством как в амбулаторной, так и в стационарной практике [132, 320]. Распространенность РП

в зависимости от пола, возраста и др. факторов в среднем колеблется от 1 до 10% [401].

Среди подростков они встречаются чаще (7% в возрасте 12-16 лет), чем среди детей (4% в возрасте 4-11 лет) [275]. Вместе с оппозиционно-вызывающим расстройством (ОВР) «классические» РП (рубрики F 91.0, 91.1, 91.2), по разным данным, встречаются у 5-14% [289], у 7,3%-11,1% детей и подростков, причем три четверти из них курируются психиатрической службой [197, 258]. В США ОВР встречается у 2,8-5,5%, а РП – у 2,0-3,3% детей и подростков [556]. А в целом оба расстройства выявляются у 9,6% детей и подростков [485]. До 29,5% детей, по данным анкетирования матерей, имеют риск развития поведенческих проблем в школьном возрасте [255]. Существует различие в распространенности РП у детей сельского (4 %) и городского (9 %) населения, а также в семьях с различным социально-экономическим уровнем [562]. Частота встречаемости РП в западных странах за последние 50 лет возросла в пять раз [557]. В группах риска (специализированные школы) РП диагностируются у 13,33-33,69% всех детей [238].

Традиционно считается, что РП примерно в 3-4 раза чаще наблюдаются у мальчиков [454, 562], у которых их распространенность достигает 9% (против 2 % у девочек) [561]. Называются и более высокие цифры: 6-16% у мальчиков-подростков и 2-9 % у девочек-подростков [578]. В США распространенность РП у мальчиков достигает 12,0%, у девочек – 7,1%, а средний возраст их начала составляет 11,6 лет [518].

Половые различия откладывают отпечаток и на возраст начала заболевания. Для мальчиков он в среднем составляет 8-10 лет, для девочек – 14-16 лет. Симптомы РП у мальчиков-подростков можно наблюдать длительно на протяжении 10-20-летнего возраста. У девочек-подростков они держатся более короткий период – 2-3 года [216]. Есть мнение, что распространенность РП у мальчиков наиболее высока в 10-12 лет, тогда как у девочек они наблюдаются в более старшем возрасте – 14-16 лет [275].

Половые различия в распространенности РП могут быть связаны с гипердиагностикой отклоняющегося поведения у мальчиков-подростков, когда за симптомы РП принимаются явления возрастного кризиса. У девочек-подростков диагноз РП выставляется в более явных случаях, граничащих с антисоциальным расстройством личности [454].

Этиология РП. Происхождение РП связано с биологическими, психосоциальными и семейными факторами. Большое значения имеют особенности темперамента пациентов, нейрокогнитивный дефицит, школьная неуспеваемость, антисоциальность родителей, низкий материальный уровень семьи [416]. Происхождение РП связано с сильным влиянием семейного фактора, умеренно выраженным влиянием личностного фактора и слабо выраженным влиянием генетического фактора [577]. Подчеркивается важность биопсихосоциального подхода в изучении этиологии РП [539]. Большинство случаев возникновения РП объясняются комбинацией факторов риска, в том числе их накоплением в течение жизни у конкретного пациента [508]. Разработана интерактивно-транзакционная модель развития РП, которая предполагает возникновение новых факторов риска в результате влияния предшествующих [318].

Этиологические факторы различаются в зависимости от возраста начала РП. В раннем детском возрасте это может быть связано с органической церебральной недостаточностью. В подростковом возрасте возрастает роль социальных факторов [274].

К числу предрасполагающих факторов возникновению РП также относят физическое насилие над детьми [508]. Рассматривается роль пренатального курения матери и злоупотребление ею алкоголем в происхождении отдельных форм РП [440, 517].

Протективными факторами, предотвращающими или задерживающими развитие РП, являются высокий IQ, женский пол, позитивная социальная ориентация, эффективные способы совладания со стрессом, поддержка семьи [207].

Наследственный фактор. С сильным генетическим влиянием связывают происхождение РП, сочетающихся с делинквентностью. Уровень конкордантности для делинквентного поведения в подростковом возрасте составляют 87 % для монозиготных близнецов и 72 % - для дизиготных [623]. Соответствующие поведенческие черты чаще наследуются от обоих родителей, опосредуются генетическим контролем уровня дофамина в головном мозгу [279].

Генетическая подверженность РП опосредуется асоциальным поведением родителей, являющимся серьезным фактором риска [418]. Такая характеристика РП, как антиобщественная направленность, передается в поколении, образуя своеобразную «цикличность» [416]. Наличие брата или родителей с РП составляет прогностическую вероятность появления расстройства 0,53 [346]. Существует генетическая связь РП с детским типом диабета [251]. Пациенты с РП отличаются полиморфизмом в моноаминоксидазе генов [346], низким показателем частоты сердечных сокращений в покое [198] и повышенным уровнем тестостерона [276].

Отмечается наследственно обусловленный низкий базовый уровень вегетативной нервной системы, требующий избыточной стимуляции для достижения оптимального уровня возбуждения, что определяет поведение, связанное с «поиском ощущений» [551].

Когнитивный фактор. Показано, что 1/3 детей с РП страдает дислексией [578]. Выявлено, что у правонарушителей еще до начала антисоциального поведения IQ на 8-10 пунктов ниже, чем у законопослушных сверстников [492]. Раннее начало РП наблюдается у пациентов с IQ на одно стандартное отклонение ниже среднего, с выраженным дефицитом в вербальном интеллекте и исполнительных функциях [493]. Трудности исполнительной функции могут проявляться в неспособности планировать и организовывать поведение [535]. РП в целом влияют на такие интеллектуальные качества, как когнитивные навыки, перцептивные процессы, импульсивность, потребность в стимуляции, эмоции (эмпатия, нравственное развитие) и межличностные отношения [202]. У детей и подростков с РП часто встречаются речевые нарушения [481]. 20-25% молодых людей с РП учатся по специальной школьной программе [355].

Личностный фактор. Предрасполагают к РП низкая самооценка, недовольство собой, неспособность справляться с жизненными трудностями, низкая социальная компетентность, повышенное стремление к вознаграждению, неумение контролировать отрицательные эмоции – раздражение и взрывчатость [577]. Как одна из важнейших черт личности пациентов с РП рассматривается отсутствие эмпатии [219], неспособность сопереживать чужим страданиям [551], дефицит обработки аффективной информации, отсутствие торможения насильственных импульсов [398]. У пациентов с РП отсутствуют социальные навыки, необходимые для поддержания дружеских отношений, и как следствие одиночество [416].

Показано, что такие факторы, как отвержение, пренебрежение, физическое и сексуальное насилие, родительское антиобщественное поведение, злоупотребление ПАВ, развод родителей, усыновление, могут быть связаны с трансформацией РП в антисоциальное расстройство личности (АРЛ) [468]. АРЛ обычно сопряжено с высоким уровнем инструментальной агрессии как формы целенаправленного антисоциального поведения [220].

РП и делинквентность. Одним из важных аспектов РП является его связь с делинквентным (прокриминальным) и в дальнейшем с групповым криминальным поведением. Употребление ПАВ и участие в его незаконном обороте увеличивается в условиях присоединения подростка к делинквентной группе [371]. К факторам риска участия подростка в криминальном сообществе относятся: бедность семьи, родительская преступность, безнадзорность, жестокое обращение с детьми в семье, семейный разлад, молодой возраст матери [543]. Риск делинквентности также связаны с ранним началом употребления алкоголя и ПАВ, антиобщественными убеждениями [400], агрессивными и насильственными действиями в детстве [292]. Роль школьного фактора в происхождении делинквентности сводится к низкой успеваемости и малой приверженности процессу обучения [393]. Реакция группирования рассматривается в качестве модели делинквентного поведения, в условиях которого индивидуальные агрессивные и антиобщественные тенденции усиливаются, создавая модель

«агрессивной дружбы» [256]. Имеет значение также общинная сплоченность в районе проживания [499].

Различают 2 подтипа РП – детский и подростковый [50, 578]. Детский подтип отличается худшим прогнозом. В 40% случаях он во взрослом периоде трансформируется в антисоциальное расстройство личности [416].

Ранние проявления РП. Отличительная черта современного изучения проблемы РП заключается в попытке проследить связь между особенностями поведения в раннем (в том числе младенческом) возрасте и отклоняющимся поведением в другие возрастные периоды. Показано, что значительная часть детей младшего возраста, у которых впоследствии развиваются поведенческие нарушения, обнаруживает дезорганизованные формы привязанности (по М. Эйнсворт). Они переживают страх, гнев и дистресс при встрече со своими родителями даже после короткой разлуки (эксперимент с незнакомцем). Такое поведение, вероятно, является реакцией на недостаток родительского внимания и противоречивое воспитание [461]. Возникновение дезорганизованной привязанности может быть предсказано еще до рождения ребенка по непоследовательному и эмоционально искаженному тону, с которым будущая мать рассказывает о взаимоотношениях со своими родителями [348].

В детском возрасте дети с РП склонны враждебно воспринимать попытки других детей подружиться с ними. Пациенты не могут адекватно реагировать на чужие чувства, не способны к конструктивному разрешению конфликтной ситуации, отдавая предпочтение агрессии [318].

На ранний детский возраст как на период манифестации РП указывается неоднократно и настойчиво, причем расстройства поведения в этот возрастной период чаще всего изучаются в связи с нетипичными для младших дошкольников формами проявлениями агрессии. Так, установлена взаимосвязь между антисоциальными установками в 5 лет и судимостью за насилие в 18-летнем возрасте [206]. Показано, что импульсивность в дошкольном возрасте является риском стойкого делинквентного поведения у подростков [621]. Выявлена связь между неспецифическими формами нарушения поведения в раннем детстве и

совершением уголовных преступлений в период совершеннолетия [260, 599]. В то же время на основании выявленных в раннем возрасте симптомов РП диагноз обычно не ставится. Это делается с целью избежать стигматизацию пациента [633]. Несмотря на это, современный подход к диагностике и лечению РП связан с выявлением поведенческих проблем как можно в более раннем возрасте с целью их профилактики через семейное вмешательство [212, 265, 272, 332].

Динамика РП. Ранее существовало мнение, что подросток способен «перерасти» поведенческие проблемы. Однако рано начавшиеся РП в дальнейшем характеризуются стабильным течением [335, 452]. 7-летнее лонгитюдное исследование показало, что к старшему подростковому возрасту проявления РП исчезают менее чем у 15% детей [438]. Свыше 90% подростков с рецидивирующим делинквентным поведением имели признаки РП в 7-8 лет [577]. По агрессивному поведению ребенка в 7 лет и неэффективным методам воспитания в семье в половине случаев можно предсказать рецидивирующее делинквентное поведение в подростковом возрасте [336]. Стойкие симптомы РП связаны с трудностями обучения, социальным взаимодействием и физическим здоровьем во взрослом периоде [247]. Прослеживается связь между академической неуспеваемостью в школе и безработицей, трудности взаимоотношений сохраняются с возрастом, приводя к высокой частоте насилия в супружеских отношениях, распадам семьи и разводам, а также причинению ущерба своим потомкам [433]. Дети и подростки с РП в дальнейшем страдают пожизненными проблемами с образованием, профессией, межличностными отношениями, преступностью и психическим здоровьем [416]. Антисоциальное поведение девочек-подростков имеет более длительные последствия [524].

РП отличаются от ряда других детских психических расстройств хроническим характером [582]. Тенденцию к сохранению в зрелом возрасте имеет преимущественно детский тип РП, который по степени тяжести обычно превосходит подростковый тип [492]. С пубертатными РП в зрелом возрасте обычно связаны личностные нарушения, осложненные алкоголизмом и зависимостью от ПАВ [558]. Однако даже в случае отсутствия антисоциального

расстройства личности у бывших пациентов с РП часто отмечаются воровство, агрессия к людям, порча имущества, управление транспортом в нетрезвом состоянии, использование ПАВ, ношение и применение оружия, групповое насилие, вандализм [336]. Неблагоприятное течение РП обычно связывается с сопутствующим СДВГ, депрессией, тревогой, употреблением ПАВ [472, 561].

Связь различных форм поведенческих расстройств. В литературе существуют многочисленные упоминания о близости «классических» РП клиническим проявлениям гиперкинетического расстройства. Показано, что СДВГ, обусловленный преимущественно генетическими факторами, вступая в сложные взаимодействия со средовыми условиями, может проявляться ведущими поведенческими симптомами разной степени тяжести и в разные возрастные периоды [370]. Изучено последствие сочетания разных форм поведенческих расстройств [406, 439]. Показано, например, что сочетание с раннего детства симптомов СДВГ и РП определяют неблагоприятный долговременный прогноз [616], особенно в отношении симптомов агрессии [282]. Около одной трети мальчиков дошкольного возраста с СДВГ впоследствии страдают РП [210].

СДВГ является значимым фактором риска РП у девочек, обуславливающим сопутствующие академические, психиатрические и сексуальные проблемы [498]. Показано также, что СДВГ патогенетически связан с ОВР и «классическими» РП [216, 323]. Сочетание РП с гиперкинетическим расстройством определяет менее благоприятный прогноз, высокий риск агрессивного и антисоциального поведения, нарушения закона [210, 216, 281, 406, 439, 538]. Причем СДВГ и ОВР демонстрируют более тесную связь с семейным фактором, чем РП. Сочетание СДВГ и ОВР повышает риск формирования тревожных расстройств [253, 538]. Считается, что СДВГ и антисоциальное поведение взаимосвязаны друг с другом, однако наличие СДВГ как такового еще не является предрасполагающим фактором антисоциального поведения [399].

ОВР как форма РП считается легким вариантом поведенческих нарушений. Однако, около 90% детей с этим диагнозом имеют высокий риск возникновения более тяжелых РП [453], а у 25-40% пациентов в дальнейшем формируется

антисоциальное расстройство личности [663]. Если состояние пациента полностью не отвечают критериям антисоциального расстройства личности, то актуальным остается сохранение диагноза РП [563].

Связь РП с употреблением ПАВ. Многочисленными исследованиями показано, что дети и подростки с диагнозом РП более восприимчивы к алкоголю и ПАВ [303, 362, 441, 568, 582]. У пациентов с РП аддиктивное поведение начинается раньше по сравнению с их сверстниками, и они используют, как правило, несколько видов наркотиков [460].

РП и употребление ПАВ признаются явлениями не просто близкими, закономерно и последовательно развивающимися в пубертате, находящимися в причинно-следственной связи, но и имеющими единую природу [348, 336]. Для объяснения связи РП и употребления ПАВ рассматривается следующий возрастной континуум: РП в раннем детстве, СДВГ в младшем школьном возрасте, антисоциальное поведение и правонарушения в пубертате, употребление и продажа ПАВ, криминальное поведение во взрослом периоде [559]. Поведенческие нарушения признаны единственными независимыми предикторами употребления ПАВ среди всех психопатологических проявлений подросткового и юношеского возраста [124, 173], а диагнозы алкоголизма, наркомании и социопатии (антисоциальная личность) нередко устанавливаются одному и той же пациенту в динамике или одновременно [143, 144]. Близость употребления ПАВ и РП обосновывается тем, что основными мотивами направления подростков, употребляющих ПАВ, в медицинские учреждения являются поведенческие (а не аддиктивные) нарушения, а инициаторами направления больше являются педагоги, соцработники и др., т. е. специалисты, с которыми подросток чаще сталкивается в связи с последствиями злоупотребления [608].

В отечественной психиатрической традиции аддиктивное поведение рассматривается, прежде всего, как форма отклоняющегося поведения, несущая в себе больше признаков поведенческой девиации, чем симптомов зависимости [21, 86, 87, 88, 102, 106, 107, 136, 138, 144].

С другой стороны, справедливы и противоположные причинно-следственные связи. Так, выявленные у подростков в 10-13 лет повторные эпизоды употребления алкоголя или ПАВ являются индикатором развивающихся РП с ведущими симптомами неуправляемости и группового отклоняющегося поведения [203]. Считается, что употребление ПАВ при РП ухудшает их прогноз [582]. Последствия употребления ПАВ включают и поведенческие нарушения. Почти все потребители ПАВ в подростковом возрасте имеют признаки РП [245]. Более того, успешное лечение употребления ПАВ в более половине случаев само по себе способствует редукции симптомов РП [245].

В некоторых работах подчеркивается, что именно употребление ПАВ является фактором трансформации РП в антисоциальное личностное расстройство. К прогностическим признакам такой трансформации относят начало РП в возрасте младше 10 лет и многообразие поведенческих отклонений [514]. Показано, что употребление ПАВ у пациентов с РП часто осложняется тревожными и депрессивными расстройствами [516].

В качестве одного из механизмов взаимосвязи РП и аддиктивного поведения у подростков рассматриваются такие симптомы гиперкинетического расстройства поведения (синдрома дефицита внимания с гиперактивностью – СДВГ), как импульсивность и эмоциональные нарушения. В литературе последовательно сообщается о прочной связи СДВГ и употреблением ПАВ и о том, что СДВГ ухудшает прогноз аддиктивного поведения [380, 426, 431, 488, 494, 576, 568]. Обсуждается роль разных компонентов синдрома в происхождении употребления ПАВ [595]. Импульсивность как отдельный симптом СДВГ связан с высоким риском РП и употребления ПАВ [326], в то время как в отношении нарушения исполнительных функций подобной закономерности установлено не было [653]. 10-летнее лонгитюдное исследование молодых людей показало, что СДВГ является предиктором употребления любого вида ПАВ [653]. Риск формирования употребления алкоголя при СДВГ в 7,7 раз выше по сравнению со здоровой популяцией [303]. Около 50% подростков с устойчивыми симптомами СДВГ употребляют ПАВ [603]. При сопутствующем диагнозе СДВГ отмечается

более ранний возраст начала употребления ПАВ, более продолжительный его характер, более частый переход от употребления алкоголя к употреблению ПАВ [307]. Считается, что риск формирования употребления ПАВ увеличивается, когда СДВГ сочетается с «классическими» РП [345] и особенно высок, когда СДВГ сочетается с делинквентностью [386].

Таким образом, анализ литературы последних двух десятилетий, посвященных проблеме расстройств поведения у подростков, позволяет выделить такие важные аспекты изучения вопроса, как особенности распространенности РП, их динамика, связь с антисоциальным расстройством личности и аддиктивным поведением, взаимосвязь различных форм РП (социализированное расстройство поведения, оппозиционно-вызывающее расстройство, гиперкинетическое расстройство и др.).

1.2. Актуальные аспекты употребления подростками психоактивных веществ с вредными последствиями

Употребление алкоголя с ВП. В настоящее время изучаются такие актуальные вопросы, как возраст начала употребления алкоголя и его связь с формированием злоупотребления и зависимости, семейные аспекты употребления ПАВ подростками, связь с расстройствами поведения и правонарушениями.

Выявлено, что у 13,5% подростков, начавших употреблять алкоголь в 11-12 лет, в 19 лет был установлен диагноз «злоупотребление», а у 15,9% – «зависимость от алкоголя». У лиц, впервые попробовавших алкоголь в 13-14 лет, эти цифры составили соответственно 13,7% и 9,0%, а в возрасте старше 19 лет – лишь 2,0% и 1,0% [315]. По другим данным, лица, инициировавшие сознательное употребление алкоголя до 15 лет в возрасте 18-29 лет в 40% страдали алкогольной зависимостью, в то время как она выявлялась лишь у 20% из тех, кто начал употреблять после 21 года [375]. Подчеркивается роль «легких» алкогольных

напитков и совместного использования алкоголя с марихуаной в процессе формирования «проблемного алкогольного поведения» [278].

В семейном аспекте прослеживается влияние родительской гипопротекции, противоречивого и грубого отношения к детям на развитие алкоголизма во взрослом возрасте [403]. Существенную роль играют также такие факторы, как семейный конфликт, употребление алкоголя вместе с детьми, протест против родителей (требование равноправия), признание «нормативности» употребления алкоголя в семье и др. [391]. Показано, что развитие алкоголизма ассоциировано с агрессией, застенчивостью, низкой успеваемостью в начальной школе, отсутствием участия родителей в выполнении детьми домашнего задания, отказом от высшего образования [299]. Формирование алкогольной зависимости у мужчин в возрасте 21 год коррелирует с такими особенностями раннего детского поведения (в 3 года), как импульсивность, двигательное беспокойство, неусидчивость [260]. Считается, что факторами риска развития алкоголизма являются: начало употребления алкоголя до 16 лет, сопутствующее употребление различных ПАВ, наличие негативных взаимоотношений с родителями, трудности в школе и в межличностных отношениях и ранее выставленный психиатрический диагноз [436].

Обсуждается сочетание употребления алкоголя с РП [49, 54, 67]. Показано, что 72,2% подросткам, начавшим употреблять алкоголь в среднем в 14 лет, ранее был выставлен поведенческий диагноз (СДВГ, расстройство поведения, оппозиционно-вызывающее расстройство) [436]. Считается, что наследственная предрасположенность к употреблению алкоголя опосредуется первоначальной предрасположенностью к отклоняющемуся поведению [254]. Трем четвертям подростков с алкогольной зависимостью ранее ставился диагноз «деструктивное расстройство поведения», которому, в свою очередь, предшествовал диагноз СДВГ. Аддиктивное поведение, как правило, начиналось с употребления алкоголя или табака, затем марихуаны и др. ПАВ. Алкогольная зависимость развивалась позже, чем проявления СДВГ, расстройства поведения, употребление табака [437]. Считается, что одним из факторов развития алкоголизма является

неспособность матери контролировать двигательную расторможенность и разрушительное поведение своего сына. Однако, в группу риска формирования алкоголизма, кроме детей со сниженным контролем в поведении (импульсивные, беспокойные, неусидчивые), включаются также подавленные, застенчивые, боязливые и даже уверенные в себе и хорошо адаптивные [478].

Во многих работах подчеркивается преобладание алкогольных «проблем» у подростков с правонарушениями и агрессией [618]. Высказывается мнение, что как зависимость от ПАВ, так и правонарушения является проявлением ранних поведенческих расстройств [560]. Более того, считается, что склонность к криминальному поведению больше связано с ранней манифестацией поведенческих расстройств, нежели с последующим употреблением ПАВ [505].

Употребление летучих растворителей (ЛР) с ВП. В большинстве источников литературы указывается, что употребление ЛР является самой ранней формой аддиктивного поведения. Для многих пациентов ингалянт оказывается первым используемым в жизни ПАВ [208, 631]. Случаи первого употребления ЛР отмечены уже в 6-8 лет [144]. По данным западных исследователей, систематическое использование ЛР наблюдалось уже с 9 лет [661]. Средний возраст начала употребления ЛР несущественно отличается в различных странах и регионах. В США он, например, составляет 13 лет [479], в Индии – 11,6 лет [631]. В РФ наиболее вероятным возрастом приобщения к употреблению ЛР считается 11-12 лет [111]. Пик распространенности заболевания приходится на 11-14 лет [144].

По данным NIDA (National Institute on Drug Abuse), ингалянты составляют 2,5% среди всех используемых ПАВ. В РФ показатель общей заболеваемости токсикоманией составляет 8,6 на 100 тыс. населения [103]. В США опыт употребления ЛР имеют около 20% школьников [189]. Симптомы систематического злоупотребления и зависимости от ЛР, согласно критериям DSM-IV, выявляются у 0,4% американских подростков в возрасте 12-17 лет [658]. В Канаде доля всех подростков, пробовавших ЛР, находится в диапазоне 3-5%, а среди бедных групп населения, к числу которых относятся дети

изолированных сообществ (аборигенные общины), употребление ингалянтов носит характер эпидемии [316]. Распространенность употребления ЛР традиционно считалась выше у детей из социально неблагополучных слоев населения. Так, согласно метаанализу, обобщившему данные литературы по 22 странам, среди т.н. «уличных детей» почти половина регулярно употребляет ЛР [327].

Чаще употребляют летучие растворители мальчики-подростки, имеющие высокий уровень тревожности и депрессивных симптомов, отличающиеся импульсивностью, «бесстрашным» темпераментом, антисоциальным поведением [47, 536]. У пациентов отмечается высокая готовность к открытой агрессии, изменчивость настроения, повышенная эмотивность и тревожность [164].

Аддиктивное токсикоманическое поведение в более половине случаев трансформируется в другие формы химической зависимости [124]. Среди пациентов с токсикоманией значительно чаще, чем в популяции, наблюдается злоупотребление алкоголем и зависимость от него, употребление галлюциногенов, никотина, кокаина и амфетаминов, а также депрессия и суицидальные попытки [565]. У подростков, злоупотребляющих ингалянтами, отмечается более высокий риск развития алкоголизма по сравнению с подростками, употребляющими алкоголь эпизодически [136]. Значимые связи выявляются также между ранним употреблением ЛОВ и последующим употреблением кокаина и риталина [661]. К последствиям употребления ЛР относится психоорганический синдром [61, 146].

Употребление каннабиноидов с ВП. По данным NIDA, каннабиноиды составляют 36,5% среди всех употребляемых ПАВ. В России количество больных с зависимостью от каннабиса составляет 6,8% [103]. Несмотря на подробное описание клинических проявлений интоксикации каннабиноидами [382], их влияние на психические процессы продолжает изучаться. У лиц, употребляющих марихуану 7 и более раз в неделю, выявлено снижение способностей к счету и вербальной экспрессии, а также избирательное снижение репродуктивной памяти [222]. Обнаружены нарушения подвижности психических процессов

(переключаемости внимания) при частом употреблении марихуаны [546]. В группе лиц, воздерживавшихся от приема каннабиса в течение 72 час, были выявлены легкие нарушения избирательного внимания, оперативной памяти, изменения словесно-логической памяти, что характеризует хронические последствия наркотизации [344]. Обнаружено значительное снижение словесно-логической памяти у испытуемых, длительно употреблявших марихуану [593]. Показано, что в течение 7 дней после прекращения приема каннабиса выявлялись нарушения в заучивании слов, которые коррелировали с первоначальной концентрацией каннабиноидов в моче. Однако эти нарушения оказались обратимыми [545].

Психотические расстройства в связи с употреблением каннабиноидов.

Считается, что клиническая картина каннабиноидного опьянения зависит от преморбидных свойств личности больного. В целом говорится о большом удельном весе психотических «эффектов» в структуре каннабиноидной интоксикации и о роли употребления каннабиса в формировании психотического расстройства [424]. Связь аддиктивного поведения и эндогенного заболевания объясняется тем, что пациенты в ряде случаев с помощью каннабиса пытаются облегчить свои психопатологические переживания [462]. С другой стороны, показано, что употребление каннабиноидов само провоцирует рецидив психоза [408]. Обсуждается более высокий риск развития депрессивного расстройства у лиц, употребляющих каннабис [233]. В то же время каннабис считается одним из контролируемых средовых факторов, влияющих на рецидив психотического расстройства [462]. Обнаружено, что у 35% потребителей каннабиса выявляются личностные расстройства [644]. Подчеркивается, что диагностика и лечение таких пациентов должна проводиться не только исходя из специфической аддикции, но и с помощью стратегий коррекции дисфункционального поведения, связанного с расстройством личности.

Употребление стимуляторов (МДМА) с ВП. По данным NIDA (National Institute on Drug Abuse), МДМА составляют 4,0% всех употребляемых ПАВ. В РФ удельный вес больных с синдромом зависимости от стимуляторов относительно

невелик – 1,4%, что связано с низким обращением этих пациентов в официальные медучреждения [103].

В последние десятилетия активно изучался такой аспект употребления МДМА (3,4-метилendioксиметамфетамин), как когнитивные последствия его приема, имеющие как преходящий [527], так и относительно устойчивый характер [501]. В рамках острой интоксикации описаны обратимые нарушения вербальной памяти, не объясняемые индивидуальными различиями пациентов, но исчезающие в течение последующих 2-3 нед. Однако при хроническом приеме отмечены более продолжительные мнестические изменения [215]. У лиц, принимавших МДМА, описано значительное ухудшение непосредственного и отставленного воспроизведения слов [528]. Данный эффект подтверждался в течение 2 недели полной абстиненции у пациентов, непрерывно употреблявших МДМА в течение одного года [662]. Отмечены также нарушения при выполнении тестов на устойчивость внимания, взаимодействие процессов внимания, оперативной памяти и логического мышления, отсроченное воспроизведение [477]. Выявлены нарушения проспективной памяти, вербальных и семантических способностей по сравнению с контрольной группой, не принимающей «экстази» [392]. Показано, что интенсивное употребление МДМА приводит также к нарушениям словесно-логической и отставленной зрительной памяти [224], худшим показателям тестов на владение речью, скорость обработки информации и мануальную ловкость [500]. В целом, характер интеллектуально-мнестических нарушений вследствие употребления «экстази» обозначается как «тонкие когнитивные дефициты» с преобладанием нарушений памяти [373].

Вне интоксикации выявляется незначительный дефицит памяти по результатам как вербальных (немедленное воспроизведение слов из списка, запоминание ряда цифр), так и невербальных тестов (узнавание лиц и ассоциативное пространственное научение) [427]. Лишь при длительном употреблении (свыше 8 лет) у испытуемых отмечались признаки дефицита исполнительных функций [351]. Данный эффект сочетался с нарушением точности воспроизведения информации [642]. Тяжесть когнитивных нарушений

зависела от количества используемого МДМА [352]. Употребление МДМА коррелировало с синхронизацией ЭЭГ в задних отделах мозга, вблизи зрительных ассоциативных путей [301]. Различие в выраженности нейрокогнитивных нарушений у пациентов с одинаковым уровнем употребления МДМА, как и различная выраженность психиатрических осложнений, объясняется теорией стресс-диатеза [527].

Сочетанное употребление стимуляторов и каннабиноидов представляет собой форму наркотизма, специфичную для подросткового возраста [53, 69, 143]. Считается, что употребление МДМА («экстази») чаще всего сочетается с приемом марихуаны [427]. И, наоборот, зависимые от каннабиноидов часто сочетают прием наркотика со стимуляторами [630]. Показано, что около 90-95% потребителей МДМА употребляют и каннабис, что приводит к большим нейрокогнитивным нарушениям [529]. Сочетанное использование стимуляторов и каннабиноидов объясняется разнонаправленным действием препаратов – стимулирующим («экстази») и седативным (каннабиноиды) [527]. Допускается синергизм при их сочетанном использовании [591].

Показано, что сочетание «экстази» и марихуаны ухудшает прогноз заболевания. Наблюдается более сильное влияние на когнитивные процессы, чем в случае отдельного использования стимуляторов [373]. Выявлено, что часть неблагоприятных эффектов МДМА можно отнести за счет сопутствующего употребления каннабиноидов [297]. Высказывается предположение, что именно употребление каннабиса является фактором риска возникновения психиатрических расстройств у потребителей экстази [215]. Интенсивное использование вместе с МДМА каннабиноидов приводит к значительно большему нарушению функции памяти (тест на свободное запоминание слов и немедленное и замедленное воспоминание) по сравнению со здоровыми подростками [301].

Употребление опиоидов с ВП. В литературе, посвященной употреблению опиоидов у подростков, обсуждаются такие аспекты проблемы, как связь с поведенческими расстройствами [304, 305, 491], фармакотерапия опиоидной

зависимости у подростков [342, 554], связь с насилием и высокорискованным поведением [484, 507], злоупотребление опиоидами, назначенными для купирования хронических болей [234, 465, 475].

Об употреблении опиоидов сообщили 5,6% подростков-школьников США при скрининговом опросе [474]. В РФ зависимость от опиоидов преобладает среди всех наркозависимостей – 85,6% [103].

По-прежнему актуальным является изучение роли наркоманического окружения в происхождении опиоидной зависимости у подростков. Так, показано, что подростки, чьи родственники употребляли героин, демонстрировали более выраженные признаки тяжести употребления [639].

Подробно обсуждается связь опиоидного аддиктивного поведения с поведенческими расстройствами. Диагноз «РП» в детстве выставлялся 68,5% пациентам с опиоидной зависимостью, а во взрослом периоде у них в 25,7% случаях диагностировано антисоциальное расстройство личности [304]. Предпосылками формирования опиоидной зависимости в большей степени являются «классические» РП, чем СДВГ, хотя наличие последнего диагноза определяет более ранний возраст развития аддикции [491]. Диагноз РП обуславливает более раннее начало инъекционного употребления героина (примерно на 2 года раньше по сравнению с пациентами без РП) и более высокий риск суицидного поведения [305]. Подчеркивается связь преморбидных факторов с последствиями злоупотребления. Так, показано, что, несмотря на различие соматических и нейрокогнитивных последствий у пациентов, куривших героин и потреблявших его инъекционно, социальные проблемы и проблемы с законом у них были выражены одинаково [188].

Серьезной современной проблемой является злоупотребление опиоидами, назначенными подросткам для купирования хронических болей [465, 475]. Подобные медицинские назначения в 2013 г. имели место у 18% подростков в США [234]. Однако, выявлено, что только 45% из них используют рецептурно выписанные опиоиды для облегчения физических болей [465]. В других случаях препарат употребляется для «улучшения» состояния [475]. В связи с этим в

последнее время усилен контроль за выдачей рецептов на опиоидные анальгетики [465].

В настоящее время недостаточно разработанной признается фармакотерапия опиоидной зависимости у подростков, в том числе по причине немногочисленности материала для систематической оценки эффективности медикаментозных средств и спорных этических вопросов фармакологического лечения у подростков [342, 554].

Таким образом, краткий анализ современной литературы, посвященной употреблению ПАВ у подростков, позволяет выявить важные аспекты изучения разных видов аддиктивного поведения, такие как частота их распространенности, связь с поведенческими нарушениями, последствия употребления ПАВ, некоторые адаптационно-личностные характеристики пациентов.

1.3. Мотивы употребления психоактивных веществ и их связь с аддиктивным поведением

Многочисленные исследования последних десятилетий, посвященные изучению личностных мотивов употребления ПАВ, показали, что они связаны с важными аддиктивными характеристиками пациентов, являются предикторами течения наркологического заболевания [285, 290, 389, 486 и мн. др.].

В отечественной литературе среди личностных мотивов употребления алкоголя рассматривались, в частности, такие разновидности, как атарактические мотивы, отражающие желание снять негативные эмоциональные переживания, и мотивы гиперактивации, свидетельствующие о стремлении выйти из состояния скуки, бездействия или о желании стимулировать себя [90]. В качестве предпосылок «алкогольной потребности» описывается желание достичь состояния эйфории, психосоматического комфорта и снять напряжение [18]. Однако мотивы коррекции эмоционально-отрицательного состояния и эмоционально-положительного состояния как имеющие отношение к клинике и

последствиям алкоголизма и наркотической зависимости в большинстве случаев подробно не обсуждались.

В то же время мотивы употребления ПАВ рассматриваются как следствие интернализация свойств личности и внешних условий [75]. Ситуация употребления может способствовать реализации основных свойств личности (гомономные отношения) или препятствовать им (гетерономные отношения). Во втором случае имеет место употребление с целью психосоциальной компенсации, что сопряжено с несформированностью и неэффективностью способов психологической защиты, неспособностью к продуктивному выходу из затруднения в удовлетворении потребностей, препятствующих реализации тенденций личности. Употребление ПАВ в этом случае помогает временно снять эмоциональное напряжение, является псевдоадаптивным поведением, адаптируя личность в микросреде и дезадаптируя в социуме. Фактором, препятствующим приобщению к ПАВ и злоупотреблению ими, является снижение отрицательных эмоций, связанных с их приемом [109].

Мотивационная модель употребления алкоголя и ПАВ. Мотивационная модель употребления алкоголя Кокса-Клингера [290, 291] базируется на положении, что решение об употреблении алкоголя принимается на основе ожидаемых аффективных изменений, которые связаны с прямым (снижение напряжения, улучшение настроения и др.) или опосредованным химическим воздействием алкоголя (принятие в группе сверстников и др.) [236]. Наряду с генетической предрасположенностью, личностными характеристиками, социокультурными факторами, ситуационными факторами и фактором доступности алкоголя, решение об его употреблении зависит от «ожиданий» (expectancies) и мотивов употребления.

Авторами мотивационной модели [290, 291] было предложено 2 разновидности мотивов, влияющие на индивидуальное принятие решения приема алкоголя: 1) мотивы подкрепления эмоционально-положительного состояния (enhancement) или стимуляции положительных эмоций; 2) мотивы совладания с

эмоционально-отрицательным состоянием (coping) или коррекции отрицательных эмоций.

Дальнейшие исследования подтвердили важность мотивационных факторов в процессе формирования употребления алкоголя [235, 656] и справедливость существования двух указанных групп мотивов как у взрослых, так и у подростков [218, 285]. Указанные положения, относящиеся к алкоголю, оказались применимы и для других ПАВ [321, 329, 430].

В отношении подростков убедительно показано, что мотивы употребления алкоголя у них концептуально различны [435]. Выявлено, что при мотивах «положительного подкрепления» подростки пили потому, что это им «нравилось», а при мотивах «отрицательного подкрепления» для того, чтобы «забыть о проблемах» или когда «испытывали депрессию и тревогу» [432].

Аддиктивные мотивы и механизмы воздержания. В рамках мотивационной модели употребления алкоголя Кокса-Клингера было показано, что мотивы «воздержания от алкоголя» основаны на снижении положительного эффекта от его использования и/или увеличении негативного аффекта. Для описания феномена «воздержания от алкоголя» было предложено ряд терминов: «причины воздержания» [187], «причины воздержания/ограничения» [330], «мотивы неупотребления» [602], «мотивы воздержания» [322]. Независимо от названий, это явление следует рассматривать как в рамках мотивационной теории, так и в контексте трансформации употребления алкоголя [211, 487].

Показано, что на причины воздержания/ограничения употребления алкоголя (RALD) влияют 3 фактора – потеря контроля, негативные последствия (отвращение) и личные убеждения (осуждение) [330].

Влияние аддиктивных мотивов на клинические характеристики употребление ПАВ и его последствия. Считается, что мотивы, побуждающие к употреблению алкоголя или ПАВ, имеют отношение к дальнейшему течению заболевания [555]. Употребление ПАВ с мотивами коррекции эмоционально-негативного состояния увеличивает риск развития зависимости от алкоголя и наркотиков [259].

Была установлена связь двух вышеуказанных мотивов употребления алкоголя с важными психологическими коррелятами аддиктивного поведения [285]. Так, мотивы «enhancement» были больше связаны с феноменом «поиска ощущений» и положительными «ожиданиями» от приема алкоголя, в то время как мотивы «coping» – с негативными эмоциями и снижением эмоционального напряжения.

Установлено, что аддиктивные копинг-мотивы имеют отношение к таким последствиям употребления ПАВ, как опасное поведение, негативное влияние на профессиональную и учебную деятельность, развитию физической зависимости. В то же время мотивы активации поведения также могут быть связаны с рискованным поведением и возникновению запоев [486]. Авторы работы говорят о важности мотивов социального подчинения (конформные мотивы), которые имеют в своей основе внешнее положительное подкрепление употребления алкоголя и наркотиков с целью избегания социального неприятия, изоляции.

Прослеживается взаимосвязь между «ожидаемым» эффектом ПАВ, мотивами употребления и зависимостью от ПАВ, когда вещество используется в отсутствие эффективных и адаптивных копинг-стратегий для преодоления негативных эмоциональных переживаний и стресса [389].

Результаты лонгитюдного исследования показали [321], что «положительные» и «отрицательные» мотивы использования ПАВ (алкоголя и марихуаны) в возрасте 18 лет предсказали их употребления в возрасте 35 лет. При этом мотив «отрицательного подкрепления» приводил к более интенсивному злоупотреблению веществом и к большему перечню психических расстройств, сопутствующих приему алкоголя.

Ведущий мотив употребления ПАВ играет важную роль в лечении наряду с такими переменными, как мотивация к лечению, самоэффективность, навыки воздержания [430]. Выявление «эмоционально-положительных» или «эмоционально-отрицательных» мотивов употребления ПАВ имеет важное клиническое значение, способствует индивидуальному подходу к лечению и повышению его эффективности [329].

Исследование причин употребления ПАВ как предикторов терапевтического ответа у подростков установило, что необходимо выделить 2 клинических групп пациентов на основании мотивов «позитивного подкрепления» («positive reinforcement», PR, 47 % случаев) и мотивов «негативного подкрепления» («negative reinforcement», NR, 53 % случаев) [321]. По сравнению с PR-пациентами пациенты с NR употребляли большее количество ПАВ, сообщали о большем психологическом дистрессе, чаще и дольше проходили курс лечения. Статус PR/NR однозначно предсказывает «ответ» на лечение и его исход независимо от множества других предикторов, включая мотивацию к воздержанию, самоэффективность, совладающее поведение и предшествующую терапию.

Мотивы употребления ПАВ как характеристики стадии аддикции. Представление о «положительном» и «отрицательном» подкрепляющем действии ПАВ легли в основу теоретической модели аддиктивного цикла Куба [22]. Эта модель предполагает, что при зависимости от ПАВ встречается, во-первых, трудность импульсивного контроля (например, напряжение/возбуждение приводит к импульсивным актам, удовольствию/наслаждению и последующему чувству вины), во-вторых, возникает компульсивная тяга (например, для купирования беспокойства/стресса). Формирование зависимости от ПАВ характеризуется переходом от импульсивных (связанным с положительным подкреплением) к компульсивным (связанным с отрицательным подкреплением) аддиктивным мотивам, что отражает разные этапы заболевания.

Для понимания причин употребления алкоголя важным оказалось представление о социальных мотивах употребления ПАВ [555]. Благодаря работам М. Л. Соорер [284], мотивационная модель была расширена путем включением социальных факторов. Создана трехфакторная модель, в которую наряду с двумя вышеупомянутыми вошли социальные мотивы (культурно-опосредованные, способствующие улучшению межличностного общения). Изучая пациентов подросткового и взрослого возраста, авторы показали, что с «алкогольными проблемами» были больше ассоциированы мотивы

«отрицательного подкрепления» [285]. Однако при изучении причин злоупотребления алкоголем студентами колледжей было установлено, что социальные мотивы, как и мотивы «положительного» подкрепления не являются главными [555].

Опросники мотивов употребления ПАВ. Пациентов с двумя обозначенными мотивационными типами можно различить по опроснику «Amsterdam motives for drinking scale (AMDS)» [522]. Показано, что эти мотивы совпадают с ведущими «ожидаемыми эффектами» от употребления алкоголя. В то же время решение о необходимости лечения могут принимать пациенты с разными аддиктивными мотивами. Изучение обозначенных мотивационных типов является перспективным направлением при сравнении эффектов лечения алкогольной зависимости.

Основанный на мотивационной модели употребления ПАВ, был разработан «Опросник мотивов употребления алкоголя (Drinking Motive Questionnaires, DMQ)», состоящий из 15 пунктов, разделенных по 3-м шкалам: шкала социальных мотивов употребления (Social, SOC), шкала мотивов стимуляции (Enhancement, ENH), шкала мотивов совладания (Coping, COP) [284]. DMQ прошел адаптацию в различных странах и разных возрастных группах [366].

Совершенствование опросника DMQ применительно к подросткам позволила создать «Пересмотренный опросник мотивов употребления алкоголя» (The Drinking Motives Questionnaire-Revised, DMQR) [286], состоящий из 20 пунктов. К вышеуказанным шкалам добавилась шкала конформных мотивов употребления алкоголя (Conformity, CON).

В дальнейшем DMQR был адаптирован в условиях швейцарской [433], итальянской популяции [473], в других европейских странах [434] и в других культурах [509]. Причем во всех исследованиях была доказана 4-х шкальная структура опросника.

Таким образом, представленный в данном обзоре материал позволяет сделать следующие выводы: 1) в рамках мотивационной модели выделяют 2 разновидности мотивов, влияющих на индивидуальное решение употребления

ПАВ – мотивы стимуляции эмоционально-положительного состояния и мотивы совладания с эмоционально-отрицательным состоянием; 2) эти разновидности связаны с важными психологическими характеристиками больных, такими как феномен «поиска ощущений», положительное/отрицательное «ожидание» от приема ПАВ, рискованное поведение, самоэффективность, навыки воздержания и др.; 3) аддиктивные мотивы определяют такие важные клинические характеристики употребления ПАВ, как риск развития зависимости от алкоголя и наркотиков, последствия в профессиональной и учебной сферах, выраженность физической зависимости, наличие/отсутствие мотивации к лечению, эффективность терапии.

1.4. Проблемы психической адаптации подростков с расстройствами поведения и употреблением психоактивных веществ

Актуальность проблемы. РП в отечественной и иностранной литературы традиционно связывались, прежде всего, с личностной дезадаптацией. Это – поведенческие реакции на почве акцентуации характера [112], проявление дисфункционального состояния личности [137], неконструктивный (дезадаптивный) способ преодоления личностью психотравмирующих переживаний [156].

Психическая адаптация в настоящее время понимается как целостная, многомерная, самоуправляемая функциональная система, направленная на поддержание устойчивого взаимодействия индивида с окружающей средой и отношения к самому себе [16, 34]. Система психической адаптации строится на основе целостных приспособительных актов, в том числе механизмах сознательного саморегулирования, в основе которых лежит индивидуально-личностная оценка природных и социальных воздействий на человека [3, 4]. Психическая дезадаптация сопровождается нарушением наиболее сложных форм стабильного социально-детерминированного стереотипа реагирования человека

на окружающую среду. При этом в первую очередь страдают тонкие и высокоспециализированные особенности личностной индивидуальной приспособляемости, такие как самоконтроль, самооценка и др. [3]. В клиническом аспекте нарушение процессов психической адаптации включают в себя 3 основные составляющие (стадии процесса): 1) напряжение адаптивных механизмов в границах психического здоровья; 2) парциальная психическая дезадаптация, соответствующая состоянию предболезни или риску развития психического заболевания; 3) тотальная психическая дезадаптация, являющаяся проявлением психического заболевания [4]. Ведущая роль в переходе от предболезни к болезни отдается истощению и срыву компенсаторных механизмов под влиянием пролонгированного и интенсивного действия факторов риска [15]. Болезнь есть итог взаимодействия факторов риска с защитно-приспособительными механизмами организма и реакцией личности на заболевание [91].

В фундаментальных работах, посвященных роли личности в процессе формирования пограничных психических расстройств, указывается, что система психической адаптации личности, находящаяся «в центре причин развития, сохранения, ... лечения» заболеваний, имеет в своей основе, прежде всего, механизмы психологической защиты и совладания [161]. Эти процессы определяют внутреннюю картину болезни, которая формируется в защитных целях для снижения эмоционального напряжения и преодоления трудностей, вызванных заболеванием.

Общие представления о механизмах психологической защиты. Механизмы психологической защиты (МПЗ) понимаются как процессы интрапсихической адаптации за счет подсознательной переработки поступающей информации, в результате чего она игнорируется, искажается или фальсифицируется [141]. Таким образом, МПЗ изменяют сознательный опыт при стрессовом «ответе» [627].

Современная концепция МПЗ берет начало в психоаналитических работах [170]. Однако за последние десятилетия они существенно расширились и

видоизменились [540, 627].

МПЗ включаются в ситуации угрозы целостности личности, ее идентификации и самооценки. Это – способ сохранения стабильной самооценки, непротиворечивого, позитивного образа «Я» и сложившегося образа мира [141]. Защитные механизмы – результат врожденных задатков, индивидуального опыта, произвольного научения. В основе МПЗ лежат: 1) перцептивные автоматизмы, при которых информация игнорируется (отрицание, регрессия), они наиболее примитивные, характерные для эмоционально незрелой личности; 2) МПЗ, связанные с забыванием информации (вытеснение, подавление); 3) МПЗ, связанные с переработкой и переоценкой информации (интеллектуализация).

МПЗ относятся к устойчивым индивидуальным свойствам личности [114], они активируются в сходных обстоятельствах, закрепляясь и фиксируясь. Индивидуальность защитного поведения определяется, как правило, использованием нескольких МПЗ [98]. Для большинства здоровых людей устойчивое сочетание защитных стилей наблюдается в течение всей жизни [624].

Нестабильность и напряженность МПЗ – свидетельство незрелости адаптивных возможностей личности. Это сопровождается значительным сужением возможностей приспособительных реакций, наблюдается неорганизованное использование разнообразных механизмов [4]. При этом имеет значение не какой-либо отдельный взятый МПЗ, а «защитные стили». Среди них выделяют «недостаточно адаптированный образ действия», «искаженную самозащиту», «самоотверженную защиту», «адаптированную защиту» [228, 541, 625].

Структура некоторых опросников [191] идентифицирует «зрелые» механизмы самозащиты (сублимация, юмор, ожидание, подавление), невротические механизмы (жертвенность, альтруизм, отреагирование эмоций) и незрелые защитные механизмы (проекция, пассивная агрессия, демонстративность).

Концепции защитного поведения. Механизмы психологической защиты тесно связаны с базисной эмоцией, которая, в свою очередь, определяется

личностной диспозицией. Согласно психозволюционной теории Р. Плутчика, МПЗ являются производными эмоций и относятся к базисным средствам эволюционно сформированных механизмов адаптации. Факторами формирования МПЗ являются иерархия, территориальность, идентичность и время [540, 542]. Теория Р. Плутчика и структурная теория личности Г. Келлермана [541] объединяют разновидности МПЗ и 8 базисных адаптивных реакций (самосохранение, разрушение, воспроизводство, реинтеграция, присоединение, отвержение, исследование, ориентация). В основе каждого МПЗ лежат 4 пары полярных эмоций: подавление-замещение, реактивное образование-компенсация, отрицание-проекция, интеллектуализация-регрессия (психодиагностическая система Келлермана-Плутчика).

В литературе, посвященной разновидностям МПЗ, чаще всего указывается 8 вышеперечисленных типов защит. Кроме них выделяют мартиризацию, образование симптомов, агрессию, десакрализацию, идеализацию, обесценивание, субституцию, экранирование и др. [76]. Полный список всех приводимых в литературе разновидностей МПЗ включает 34 типа [141].

Одним из важных показателей МПЗ, имеющим клинико-психопатологические параллели, является степень зрелости [629]. В этой связи высказывается предположение, что защитные механизмы есть независимая мера психического здоровья [626]. Успешная личностная адаптация связана, прежде всего, с использованием зрелых МПЗ [221].

С незрелыми МПЗ могут быть связаны психопатологические отклонения и поведенческие девиации, особенно в критические возрастные периоды [227, 293, 295, 402]. Показано, например, что 2/3 мужчин с расстройствами личности используют незрелые защитные механизмы. Такие как проекция, фантазии, пассивная агрессия, диссоциация, ипохондрия и др. [628]. Кроме того, патологический характер МПЗ связан с его ригидностью, избыточностью, фиксированностью [35].

По степени зрелости МПЗ делятся на протективные (отрицание, вытеснение, регрессия, реактивное образование) и дефензивные

(интеллектуализация, изоляция, идентификация, сублимация, проекция, смещение). Первые – примитивные, не допускающие поступление конфликтной информации в сознание. Вторые – более зрелые, допускают травмирующую информацию, но интерпретируют ее безболезненным способом [141]. Часто к незрелым МПЗ также относят «отрицание», «регрессию», «проекцию», «замещение» и «подавление» [541, 624].

Различают четыре уровня зрелости МПЗ - психотический, незрелый, невротический и уровень зрелых защит [627]. Считается, что дезадаптивность защитного поведения определяется не конкретным МПЗ, его стилем. Устойчивые взаимосвязи типов МПЗ формируют защитно-адаптивные комплексы [125]. Выделены отдельные сочетания МПЗ, которые характеризуются как более или менее адаптивные. Так, сочетание «отрицание», «компенсация» и «интеллектуализация» относится к высоко адаптивному поведению, а «подавление», «замещение» и «регрессия» к низко адаптивному [165]. Совместное использование «проекции», «замещения», «регрессии» и «компенсации» характерно для агрессивного стиля защиты [41].

Развитие МПЗ. В возрастном аспекте можно четко проследить взаимовлияние защитных механизмов и поведенческих особенностей детей и подростков. Внешними проявлениями МПЗ у ребенка являются поведенческие реакции [131]. Например, самая ранняя форма защитного поведения – отказ является элементом стратегии отдаления, которая лежит в основе МПЗ изоляции (избегание) и отрицания. Оппозиция представляет собой предстadium формирования таких зрелых защитных механизмов, как проекция и замещение. Имитация является незрелой формой идентификации. В основе компенсации заложено отвлечение от основной проблемы путем переключения, что лежит в основе МПЗ рационализации. Эмансипация связана с перенесением на себя способов поведения и черт характера взрослых, заимствование их прав и возможностей.

Первое использование МПЗ в младенческом возрасте связано с отрицательным опытом спонтанного самовыражения [170]. Прототипом МПЗ

«отрицание» у детей раннего возраста является сон, который представляет собой способ отключения активного внимания [131]. Для маскировки страха смерти дети чаще всего используют механизм вытеснения. МПЗ «идентификация» проявляется в ролевых играх, что важно для усвоения образцов поведения значимых лиц, включения во внутренний мир норм, ценностей, социальных ролей. Особенность механизма регрессии в том, что он поощряется взрослыми, находящимися с детьми в состоянии эмоционального симбиоза.

В подростковом возрасте параллельно с формированием процессов личностной адаптации происходит развитие поведенческого защитного стиля. У подростков уже присутствует способность осознавать свой защитный стиль, причем качество его самовосприятия имеет отношение к уровню адаптации [331].

В разных исследованиях подчеркивается актуальность того или иного типа МПЗ для личности подростка [129, 294, 296]. Считается, что такие защиты, как аскетизм и интеллектуализация в наибольшей степени соответствуют подростковой программе развития [170]. В возрастном промежутке 7-17 лет наиболее важным МПЗ считается «проекция», ее роль возрастает параллельно со снижением значимости «отрицания» [129, 294, 296]. Одновременно с «проекцией» часто используется «рационализация» [97], которую ставят на 2 место по частоте использования подростками [165]. В других исследованиях в числе наиболее часто используемых подростками МПЗ наряду с «проекцией» называется «гиперкомпенсация», «вытеснение» и «регрессия» [5].

В период подросткового-юношеского возраста и ранней молодости (14-22 года) чаще всего используются «интеллектуализация», «проекция» и «замещение» [98]. Высказывается мнение, что «компенсация» имеет большое значение в формировании неконформного оппозиционно-агрессивного поведения подростков [35]. Характерные для подростков процессы группирования и имитации имеют в своей основе МПЗ «компенсация», «идентификация» и «фантазирование». Идентификация со значимым кумиром дает иллюзию обладания качествами и свойствами идеализируемого объекта, что способствует

обретению чувства значимости и компетентности и тем самым реализации потребности в успехе и эффективности.

Нарушение формирования защитного поведения происходит по причине недостаточной эмоциональной разделенности с близкими взрослыми, что проявляется дезадаптацией подростка в кризисные периоды развития [31].

Половые различия защитного поведения. В целом считается, что мужчины больше используют «замещение», а женщины «отрицание» [581]. Половые различия защитного поведения в возрастном аспекте проявляются преобладанием у девочек «гиперкомпенсации», у мальчиков – «вытеснения», а «проекция» и «регрессия» различий по полу не имеют [5]. «Регрессия» у подростков проявляется преобладанием пассивной позиции и свидетельствует о неуверенности в принятии собственных решений. Ее актуализация характеризует инфантильную личность, создает иллюзию снятия с себя ответственности за решение своих проблем благодаря привычной позиции «маленького».

По другим данным, у девушек преобладает именно «вытеснение», что обусловлено более частым сокрытием истинных мотивов своего поведения [165]. Возрастная динамика МПЗ связана с уменьшением интенсивности «вытеснения» и «проекции» и увеличения значимости «реактивных образований». Это сопровождается обретением контроля за социально неодобряемыми эмоциями и импульсами, заменой их на противоположные для обретения стабильной положительной оценки окружающих. Увеличивающаяся с возрастом «рационализация» также свидетельствует о процессах развития и созревания личности [165].

Существует мнение, что у девушек интенсивность использования защитных механизмов выше, чем у юношей во всех возрастных группах [129]. В числе предпочитаемых девушками защит называются следующие сочетания: 1) «проекция», «компенсация» и «рационализация»; 2) «реактивные образования», «интеллектуализация» и «отрицание»; 3) «проекция», «замещение» и «регрессия» [35].

МПЗ и психопатология. По многих исследованиях подчеркивается связь защитного поведения с психопатологией [541, 626]. Клиническая оценка незрелых защит (например, ипохондрия, фантазирование, диссоциация и др.) полезна для диагностики расстройств личности [625]. В связи с этим ставится вопрос о желательности включения характеристик защитных механизмов в диагностическую ось DSM-IV [587]. Защитный стиль («оборонительная организация»), представляющий собой набор относительно стабильных защитных механизмов как характеристик личности, является одним из самых важных критериев разграничения здоровой личности и патологической [254].

Показано, что такие МПЗ, как «компенсация», «замещение» и «регрессия» значительно связаны с депрессивным расстройством. При использовании методики «Индекс жизненного стиля» (LSI) наиболее тесные связи депрессии были найдены с регрессией, которая понимается как мало приспособительный МПЗ [283]. Это согласуется с результатами других исследований, согласно которым частота развития аффективных расстройств при использовании «регрессии» значительно выше, чем при других МПЗ [32]. В то же время высказывается мнение, что мужчины, страдающие депрессией, чаще используют проекцию [466]. У пациентов с тревожными расстройствами, как правило, отмечаются более низкие значения зрелых защит по сравнению со здоровыми [226, 544].

Исследование МПЗ у подростков с психическими расстройствами показало, что «проекция», «замещение» и «регрессия» достоверно коррелируют с гневом, «замещение», «реактивные образования» – с тревогой, а «отрицание» отрицательно коррелирует с депрессией [519].

Роль МПЗ «отрицание» оценивается неоднозначно. С одной стороны, это – примитивный механизм. С другой стороны, этот механизм может быть фактором относительно сохранной адаптации, особенно в возрастном аспекте [95]. Некоторые авторы относят «отрицание» к эффективному способу самосохранения [175, 354]. Было показано, что МПЗ «отрицание» в отличие от других МПЗ не коррелирует с тревогой [541].

Использование методики «Индекс жизненного стиля» для диагностики психических расстройств. Для идентификации МПЗ часто используется методика «Индекс жизненного стиля» («The Life Style Index», LSI) [541]. Исследования депрессивных больных с помощью LSI показало, что пациентов чаще использовали незрелые МПЗ и МПЗ «промежуточного» уровня по сравнению со здоровыми, а по общему баллу шкал можно отличить психиатрических больных от здоровых [283]. Так, по шкале «регрессия» можно отличить суицидентов от здоровых людей [195]. В то же время внутренняя структура и специфичность LSI подвергались критике [328]. В других случаях была продемонстрирована обоснованность структуры теста [537].

МПЗ при расстройствах поведения у подростков и употреблении ПАВ. Отклоняющееся поведение и употребление ПАВ традиционно рассматривались как проявления неэффективной социально-психологической адаптации индивида с использованием ригидных и незрелых МПЗ [41, 73]. Так, подростки с РП по сравнению с их сверстниками с диагнозом «адаптационная реакция» чаще используют незрелую защиту «отрицание» и реже – зрелый МПЗ «идентификация» [293].

Защитное поведение при наркологических заболеваниях отражает, прежде всего, очевидную его взаимосвязь с внутренней картиной болезни. Так, при алкогольной зависимости достоверно чаще используется МПЗ «отрицание», что клинически сопоставимо с феноменом алкогольной анозогнозии [86, 141]. С другой стороны, существует мнение, что аддиктивная анозогнозия является проявлением деперсонализации в структуре сверхценной составляющей патологического влечения к ПАВ [78].

Показано, что пациенты с алкогольной зависимостью отличаются от здоровых количественными показателями всех МПЗ, кроме «компенсация» [41]. Преобладающие у больных алкоголизмом высокие значения МПЗ «подавление», «проекция» и «замещение» соответствуют таким распространенным типам личности, как пассивно-зависимый (тревожность, боязливость), подозрительный (склонность к обвинению окружающих), агрессивный (аутоагрессивный) [147].

По другим данным, при алкогольной зависимости имеет место сочетание «отрицания», «вытеснения» и «интеллектуализации» [77]. С другой стороны, в качестве ведущих типов защиты при алкогольной зависимости называют «проекцию», «отрицание» и «реактивные образования» [113]. Приводится и следующий перечень защит: «отрицание», «вытеснение», «регрессия» и «интеллектуализация» [82].

Исследование защитного поведения девочек-подростков с аддиктивным поведением показало, что общим признаком для них является выраженность «регрессии» [36]. Динамика напряженности МПЗ определяется преобладанием «компенсации» и «замещения», пик выраженности которых наблюдается в 15-16 лет. Пациентки с химической зависимостью отличаются ростом напряженности практически всех МПЗ и, прежде всего, «вытеснения», а в возрасте 17-18 лет у этих пациентов преобладает «проекция» и «реактивные образования».

Нет единой точки зрения на специфичность профиля МПЗ при разных типах аддиктивного поведения и зависимости. Есть мнение, что каждая из форм аддикций отражает фрустрацию той или иной базисной потребности, что и определяет предпочтительное использование определенного типа МПЗ [36]. Так, зависимость от опиоидов связана с ростом напряженности «компенсации», «замещения» и «регрессии», зависимость от алкоголя и летучих растворителей – с «вытеснением» и «интеллектуализацией». Выраженность МПЗ «вытеснение» и «регрессия» способствует прогрессивному течению заболевания, выраженность «компенсации» - переходу аддиктивного поведения в алкогольную зависимость или к употреблению опиоидов [36]. Для зависимых от опиоидов девушек-подростков значимую роль в защитном поведении играют «компенсация», «замещение» и «регрессия». При зависимости от летучих растворителей имеет значение «вытеснение», для алкогольной зависимости – «интеллектуализация» [35].

У подростков с ранним алкоголизмом по сравнению со здоровыми сверстниками выявляются более высокие значения шкал ИЖС «отрицание», «вытеснение», «проекция», «замещение», «интеллектуализация» и «реактивные

образования». По сравнению с лицами молодого возраста с опиоидной зависимостью у них преобладали МПЗ «замещение», а значение «компенсации» были достоверно ниже [60, 73]. Наибольшие отличия пациенты с зависимостью от летучих растворителей от здоровых сверстников выявлены по МПЗ «отрицание», «вытеснение» и «проекция» [59]. Изучение МПЗ при опиоидной зависимости показало, что есть существенные возрастные различия между разными возрастными группами. Для лиц старше 18 лет характерна более высокая общая напряженность ПЗ. Все шкалы ИЖС были выше за исключением «вытеснения», что связано с закономерностями течения заболевания [48].

Сравнительное исследование МПЗ при разных типах аддиктивного поведения показало, что количественные значения «отрицания» преобладают при зависимости от летучих растворителей и злоупотреблении алкоголем; «замещение» - при злоупотреблении алкоголем, «регрессия» - при сочетанной зависимости от стимуляторов и каннабиноидов и употреблении летучих растворителей [70]. В целом у пациентов с аддиктивным поведением и зависимостью от ПАВ по сравнению со здоровыми выявляются различия по МПЗ «вытеснение», «регрессия», «проекция» и «замещение» [58].

Наибольшие совпадения в профиле МПЗ при разных типах аддикции выявляют защиты, связанные с проблемами идентичности («проекция», «отрицание») и иерархии («замещение», «подавление») [36].

Совладающее поведение (копинг-поведение). «Копинг» (совладание) понимается как стратегии действий, предпринимаемые в ситуации психологической угрозы [444], в частности, в условиях адаптации к болезни при угрозе физическому, личностному и социальному благополучию [6]. В транзакционной теории [444] копинг-поведение понимается как непрерывный процесс. Это – меняющиеся когнитивные и поведенческие попытки справиться со специфическими внешними и/или внутренними требованиями, которые оцениваются как чрезмерные или превышающие ресурсы человека» [442]. Важным отличием «копинга» является его индивидуальность – взаимодействие личности с ситуацией в соответствии с ее собственной логикой, значимостью в

жизни человека и его психологическими возможностями [127, 186]. Различают активную форму копинг-поведения (копинг, сфокусированный на проблеме), характеризующуюся целенаправленным устранением или изменением влияния стрессовой ситуации, и пассивное копинг-поведение (копинг, сфокусированный на эмоциях или интрапсихический способ совладания со стрессом), предполагающий редукцию связанного со стрессом эмоционального напряжения [347, 442, 443]. Выделяют когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты преодолевающего поведения, которые образуют разнообразные комбинации [444]. Формирование адаптивного копинг-поведения в возрастном аспекте связано с т. н. социально-поддерживающими процессами [205].

Взаимосвязь копинг-поведения и механизмов психологической защиты рассматривается в аспекте понимания копинга как «осознанной» разновидности МПЗ; как более широкого по сравнению с МПЗ понятия (МПЗ – «интрапсихический копинг»); как взаимодополняющих процессов (индивидуальный защитно-совладающий стиль поведения) [1, 2, 95, 110, 161]. В отличие от психологической защиты использование большого разнообразия совладающих со стрессом способов является показателем успешной адаптации [349]. Факторный анализ МПЗ и копинг стратегий здоровых молодых людей выявил [506]: незрелый и проблемно-избегающий защитно-совладающий стиль, эмоционально-ориентированный стиль и зрелый проблемно-ориентированный стиль.

Возрастные особенности копинг-поведения. Общим отличием копинг-поведения у детей является преимущественная направленность на эмоции и ограниченность когнитивного совладания с ситуацией. Наряду с этим используются способы отреагирования ситуации посредством двигательной активности [131]. Выбор копинг-стратегий у детей менее разнообразен, чем у взрослых [10].

Для формирования индивидуального совладающего поведения в пубертате наибольшее значение имеют такие копинг-стратегии, как разрешение проблемы, поиск социальной поддержки, избегание [155]. Возрастной риск отклоняющего

поведения в 11-12 лет связан с приоритетом стратегии поиска социальной поддержки и высокой удельной долей стратегии избегания.

Младшие подростки прибегают к разнообразным стилям поведения: проблемно-разрешающему, стилю избегания и социальной поддержки. Устойчивый стиль поведения в трудных жизненных ситуациях в данной возрастной группе ещё не складывается [121]. «Копинг» подростков, воспитывающихся в детских домах, отличается стратегией «подавление эмоций» [133]. У учащихся вспомогательных школ копинг-поведение отличается сложностью оценки проблемной ситуации, а именно недостаточностью эмоционального компонента, что объясняется незрелостью и эмоциональной неустойчивостью [153].

Половые различия «копинга» подростков заключаются в преобладании у девочек в 15 лет стратегий «самоконтроль», «поиск социальной поддержки», «бегство-избегание», «положительная переоценка». Стратегии «дистанцирование» и «принятие ответственности» у подростков всех возрастных групп наименее предпочтительны, наиболее востребованы «поиск социальной поддержки» и «планирование решение проблемы» [8].

Копинг-поведение и возрастная наркология. Актуальность изучения «копинга» для наркологии определяются тем, что совладающий стиль как устойчивый параметр болезнь-преодолевающего поведения способен влиять на основные характеристики течения заболевания (продолжительность и качество ремиссий) и тем самым открывает возможности психотерапии и реабилитации пациентов [64, 102, 158, 388].

Употребление ПАВ традиционно связывалась с формированием особого стиля поведения, отражающего избегание стрессовой ситуации или аддиктивный способ их разрешения [102]. У подростков, склонных к аддиктивному поведению и наркозависимости, отмечается угнетенность адаптивных базовых стратегий совладания, преобладание пассивных копинг-стратегий избегания и конфронтации [9].

Копинг-стратегии при употреблении ПАВ у подростков и молодых людей

рассматриваются в контексте мотивации употребления [38]. Выявлено, что с высоким уровнем употребления алкоголя положительно коррелирует «компенсация» (атарактическая модель употребления) и «покорность». «Агрессивность» сопряжена с мотивировкой употребления алкоголя по типу гиперактивации. Субмиссивная мотивировка отмечается у лиц, использующих копинг-стратегии «обращение» и «сотрудничество». С употреблением наркотиков коррелирует копинг-стратегия «установление собственной ценности» (повышение самоконтроля и самооценки в проблемной ситуации). Имеется связь между преодолевающим поведением и ощущением психологического благополучия зависимых от ПАВ подростков [150].

Для описания процессов формирования расстройств поведения и употребления ПАВ у подростков большое значение имеют теоретические модели копинг-поведения у подростков: модель активного адаптивного функционального копинг-поведения, модель псевдоадаптивного дисфункционального копинг-поведения и модель пассивного, дисфункционального копинг-поведения [156]. Проводится детальный анализ стратегии «поиск социальной поддержки», отмечается значительно большее влияние на наркозависимого подростка значимого окружения сверстников по сравнению с семейной поддержкой и сниженная способность к восприятию этой поддержки [157]. При употреблении алкоголя стратегия «разрешения проблем» сопровождается тенденцией к переключению на пассивные, малоадаптивные способы преодоления стресса, которые, в частности, связаны с дисфункциональной стратегией выживания семей [575].

Половые особенности копинг-поведения проявляется в том, что девочкам-подросткам с аддиктивным поведением свойственно пассивное приспособительное поведение с предпочтением таких копинг-стратегий, как «пассивная кооперация» и «покорность», а девочкам с химической зависимостью - эмоционально-деструктивное поведение с предпочтением стратегии «агрессивность» [36]. В то же время среди взрослых пациентов, зависимых от

алкоголя, не обнаружено достоверных различий в использованных копинг-стратегиях [193].

Исследование взаимосвязи МПЗ и механизмов совладания у зависимых от ПАВ выявило, что «вытеснение» положительно коррелирует с «планированием решения проблемы», а «избегание» - с «компенсацией» и «интеллектуализацией» [149].

Исследование подростков с различными типами аддиктивного поведения выявило преобладание у них по сравнению со здоровыми сверстниками копинг-стратегий «конфронтация», «дистанцирование», «бегство-избегание», т. е. неконструктивных способов совладания. Установлены положительные корреляции между «бегством-избеганием» и «конфронтацией» (0,308), «бегством-избеганием» и «дистанцированием» (0,640) [55, 58].

Интерес к изучению совладающих механизмов адаптации пациентов с употреблением ПАВ и зависимостью от них определяется тем, что именно на их основе возможна разработка способов разрешения ситуаций, исключающих употребление ПАВ, и повышение мотивации к лечению.

Так, показано, что редкие рецидивы были связаны с более частым использованием проблем-разрешающих копинг-стратегий [510, 512] и стратегий «активного преодоления стресса» [503]. Копинг-фактор является значимым предиктором исхода лечения [511]. Стратегии совладания модулируются стрессовыми жизненными ситуациями, которые рассматриваются как пусковые факторы приема ПАВ [189]. Проспективные исследования подтвердили эффективность профилактики рецидива алкоголизма, базирующейся на копинг-модели преодоления факторов риска [467]. Были попытки разделить преодолевающие стратегии на основании успешности их использования для лечения алкоголизма [252].

В некоторых работах обсуждается вопрос о копинг-поведении как этиологическом факторе формирования алкогольной зависимости. Подчеркивается, что злоупотребление алкоголем является результатом сложного взаимодействия когнитивных и поведенческих переменных, включая копинг-

стратегии, продолжительность употребления алкоголя и мотив его употребления [389]. Влияние копинг-поведения на употребление алкоголя рассматривается в связи с такими факторами, как восприятие семейной поддержки и ожидаемая коррекция «негативного» настроения [262].

В некоторых работах изучалась связь между когнитивными способностями, употреблением ПАВ и копинг-навыками [612]. Показано, что подростки с низкими когнитивными способностями меньше используют алкоголь и ПАВ, если владеют конструктивными копинг-навыками.

Показано, что такой фактор, как наличие допубертатных расстройств поведения в анамнезе определяет непродолжительную ремиссию и, прежде всего, за счет несформированности проблем-разрешающих копинг-стратегий и отсутствия мотивации на трезвость и др. [511].

Таким образом, анализ современной литературы, посвященной защитным и совладающим механизмам аддиктивного поведения у подростков, позволяет в целом выявить такие их особенности, как незрелость, дезадаптивность, неконструктивность и др. Можно говорить о связи защитно-совладающего поведения с такими важными характеристиками аддиктивных заболеваний как тяжесть течения, мотивы лечения, восприятие социальной поддержки и др., что важно учитывать при профилактике и терапии употребления подростками ПАВ с ВП.

1.5. Семейный аспект расстройств поведения и употребления психоактивных веществ у подростков

В современной литературе, посвященной семейной психологии и психотерапии, имеются многочисленные указания на особенности взаимоотношений в семьях подростков с отклоняющимся и аддиктивным поведением [40, 106, 107, 177, 178, 357, 401, 416]. Показано, что для семей подростков с расстройствами поведения характерны дисфункциональность,

противоречивая воспитательная позиция родителей, высокая степень психического напряжения во взаимоотношениях между ее членами [40, 177].

К особенностям семейного воспитания, связанного с риском аддиктивного поведения у подростков, относится жесткий контроль, недоверие к подростку, противоречивое отношение к его самостоятельности, требование уважать родителей и отказ в уважении к нему [106].

Наиболее неблагоприятными с точки зрения развития болезни зависимости видятся такие факторы, как асоциальность семьи, воспитание по типу гипоопеки и эмоционального отвержения [120].

Показано, что возникновение у подростка РП обычно связано с разводом родителей, воспитанием в неполной семье, многодетностью, молодым возрастом матери. Эти факторы сильнее влияют в случае низкого социально-культурного уровня семьи, ее бедности. Среди характеристик семьи и особенностей детско-родительских отношений можно выделить низкий уровень участия родителей в воспитании детей, чрезмерный надзор и неадекватные способы привлечения детей к дисциплине (в случае оппозиционно-вызывающего расстройства) [401].

Стиль поведения родителей, включающий разногласия между ними, недоброжелательный характер общения, разводы, невыполнение родительских обязанностей, несогласованные требования родителей к дисциплине, а также отсутствие эмоциональной близости между родителями и детьми были определены как важные факторы риска употребления ПАВ [607, 608].

Считается, что родители детей с РП часто страдают депрессиями, зависимостью от ПАВ и антисоциальными личностными чертами, которые определяют их склонность к разводам, нарушениям привязанности к детям и недостаточному контролю за детьми [358].

На формирование РП у детей и подростков влияют различные типы семейного неблагополучия. Выделяется 3 модели дисфункциональной семьи, приводящей к РП: опосредованная, взаимонаправленная и непосредственная [357]. Подчеркивается приоритетное влияние антиобщественных поступков родителей на формирование РП по сравнению с родительской депрессией и

употреблением ими ПАВ. Последнее, не имея прямого отношения к возникновению поведенческих расстройств у детей, воздействуют опосредованно, влияя на характер взаимоотношения с ними.

Описывают 5 отличительных особенностей родительского воспитания, которые обнаруживают связь со стойкими антисоциальными поведенческими расстройствами детей. Это – безнадзорность, непоследовательная, жесткая дисциплина, родительская дисгармония, отвержение ребенка и малая вовлеченность родителей в деятельность ребенка [335].

Непоследовательность как дезадаптивная воспитательная черта, по-видимому, имеет самостоятельное значение. Показано, что различие в стилях воспитания матерей и отцов в семьях 10-летних мальчиков с отклоняющимся поведением, в 12 лет приводит к выраженной трансформации поведенческих особенностей в агрессивное поведение [433]. Для семей подростков, злоупотребляющих ПАВ, характерны холодность и безучастность отцов и слишком большая озабоченность детьми со стороны матерей. Воспитательная позиция родителей может сочетать такие черты, как явное отвержение и, напротив, гиперопеку, вседозволенность и директивность, беспечность и повышенную тревожность. Отношение к детям у матерей и отцов часто противоположные [39]. Показано, что в полных семьях у матерей преобладает директивная воспитательная позиция и автономная у отцов, а для неполных семей характерны противоположные соотношения [71]. Показана связь сурового и непоследовательного воспитания с агрессивным поведением в пубертате [577].

Эмоциональная дефицитарность дисфункциональной семьи связана с тем, что у подростков не удовлетворены такие важные потребности, как эмоциональное принятие со стороны родителей, потребность в уважении, поощрение самостоятельности, желание устанавливать полноценные эмоциональные контакты [177].

Отдельно обсуждается формирование такой черты подросткового отклоняющегося поведения, как агрессивность. Обнаружено, что значительная доля агрессивных поступков детей определяется стилем поведения по отношению

к ним родителей. В антисоциальных семьях родители пренебрегают вежливым и тактичным обращением с детьми, в результате чего у ребенка формируется мнение о неэффективности подобного стиля для разрешения сложных жизненных ситуаций. Родители уделяют внимание детям только в том случае, когда они кричат или разгневаны. В разрешении же конфликтных ситуаций родители чаще уступают детям, и те, используя указанные средства, оказываются «победителями». Образец поведения усваивается и переносится на все виды социального взаимодействия [363]. В данном случае семейный фактор обуславливает ситуацию, при которой ребенок имеет длительную возможность наблюдать агрессию, проявлять ее и в результате самому становиться объектом агрессии [405]. Таким образом, дисфункциональные семейные отношения могут быть моделью агрессивного поведения, которая в бихевиоральной теории понимается как пример для подражания, формирующий и готовность к специфическим (агрессивным) действиям, и являющийся стимулятором агрессивного поведения [7, 151, 172]. Было показано, что для подростков младше 16 лет характерно агрессивное поведение, ограниченное рамками близкого окружения, что связано с заимствованием образцов родительского поведения [44, 46].

В то же время некоторые авторы высказывают мнение, что семейный фактор, являясь базисным, в целом играет большую роль в детском возрасте, тогда как формирование РП в пубертате больше связано с усвоением внешних по отношению к семье образцов поведения [274]. Рано возникшие РП обусловлены сильным воздействием семейного фактора и прямым влиянием наследственной отягощенности, причем по обеим родительским линиям [279].

Ведущая роль личностной «уязвимости» в происхождении аддиктивного поведения и агрессивности у подростков опосредуется фактором семейного окружения, к которому относятся особенности воспитания и образцы родительского поведения, включающие, в частности, употребление родителями ПАВ [242]. Злоупотребление ПАВ родителями влияет на их детей не только в аспекте аддиктивного поведения. Показано, например, что у 53% детей, живших с

отцами, которые злоупотребляли наркотики, диагностировали психические расстройства на протяжении жизни [421].

Среди неблагоприятных социально-психологических последствий отклоняющегося поведения подростков, злоупотребляющих ПАВ, традиционно отмечалось аномальное отношение к браку и родительским функциям [143]. Недостаточное формирование психологической готовности к материнству лежит в основе явления, получившего в последнее время название «девиантное материнство». Этот термин объединяет широкий спектр нарушений – от родительского отказа, открытого пренебрежения и насилия к детям, инфантицида, до нарушений различных аспектов детско-родительских отношений [169].

Проблему девиантного материнства можно в полной мере отнести к разряду клинико-психиатрических проблем. Среди женщин с недостаточно развитым материнским чувством наблюдаются пациентки с различными психическими аномалиями, инфантилизмом, страдающие алкоголизмом и наркоманией, что, прежде всего, отражается на их семейно-родительских установках [24, 25]. Девушки-подростки с отклоняющимся поведением и зависимостью от ПАВ изначально относятся к группе риска формирования материнского чувства. Низкая степень эмоционально-волевой зрелости определяет превалирование у них таких черт, как эгоцентризм, несамостоятельность, зависимость, незрелые эмоциональные запросы в виде повышенной потребности в любви, связанной с чувством обделенности в детстве [25, 605].

В литературе, посвященной формированию чувства материнства, большое значение уделяется связи этого процесса с особенностями взаимоотношений в родительской семье [24, 534]. Первичным этапом развития у девочки данного чувства является взаимоотношение с собственной матерью в раннем онтогенезе. Представление о себе как о женщине-матери (материнская идентичность) тесно связано с «образом матери», возникающим в период раннего детства [169]. Нарушение взаимоотношений в родительской семье накладывает отпечаток на представление о будущей материнской роли [43, 71].

Таким образом, большинство авторов подчеркивает такие свойства семьи подростков с отклоняющимся и аддиктивным поведением, как дисфункциональность, эмоциональная дефицитарность, противоречивый характер воспитания, сочетание жесткой директивной позиции и недостаточного контроля и др. Девушки-подростки с отклоняющимся поведением и употреблением ПАВ с ВП являются группой риска по формированию девиантного материнства с нарушением представлений о материнской и родительской роли.

1.6. Психологическая адаптация ВИЧ-инфицированных

Выделяют 3 аспекта проблемы психологической адаптации ВИЧ-инфицированных – изучение психологических механизмов поведения высокого риска по ВИЧ-инфицированию, изучение адаптации ВИЧ-больных к заболеванию и изучение психологических факторов приверженности антиретровирусной терапии (АРВ). При этом учитывается, что ВИЧ-инфекция сама является этиологическим фактором психических расстройств [13, 19, 277].

Поведение высокого риска по ВИЧ-инфицированию. Психологические механизмы подверженности ВИЧ-заражению базируется на представлении о так называемом «рискованном поведении» или «поведении высокого риска по ВИЧ-инфицированию» [104]. Общим для различных форм рискованного поведения является его субъективная значимость для индивида (вне зависимости от конструктивной или деструктивной его направленности), т. е. полное или частичное подавление чувства страха в момент рискованного поведения [11]. К психологическим механизмом рискованного поведения относятся: врожденная ориентировочная реакция (иррациональное «влечение к опасности»), жажда «острых ощущений» как побуждение, обусловленное опытом преодоления опасности («вкус к риску») и ценностно-обусловленное стремление к опасности (например, представление о риске как о «достойном» поведении) [134]. В зависимости от содержания рискованное поведение может быть одним из

факторов, повышающих социальную адаптивность личности посредством использования новых моделей поведения при сохранении ее индивидуальности [29]. Аддиктивное рискованное поведение, побуждаемое влечением к ПАВ, относится к социально неприемлемым и сопоставимо с асоциальным и криминальным поведением. Например, для больных опийной наркоманией характерно противодействие социальным нормам, отсутствие структурированной активности и социализированных способов реализации потребности в риске [26].

Рискованное поведение по ВИЧ-инфицированию увеличивает вероятность реализации основных путей передачи вируса через инъекции и сексуальные связи [26]. В числе угрожаемых по инфицированию в настоящее время рассматриваются подростки-потребители летучих растворителей [93] и пациенты с алкогольной зависимостью [14, 105].

Между различными формами рискованного поведения имеется тесная взаимосвязь [80]. Существует единство механизмов рискованного поведения по ВИЧ-инфицированию и механизмов влечения к наркотикам. Алкогольная и наркотическая аддикция, в свою очередь, традиционно связывалась с высокорискованным сексуальным поведением [217, 525]. Показано, что оно возрастает по мере усиления психологического напряжения [458] и увеличения количества употребляемых наркотиков [298].

Контроль за употреблением наркотиков в рамках лечебной программы снижает и риск ВИЧ-заражения половым путем [270]. Причем повторные курсы терапии имеют кумулятивный эффект в отдаленном периоде и снижают риск ВИЧ-инфицирования у пациентов с опасным сексуальным поведением [456].

Фактором высокого риска ВИЧ-инфицирования является также сопутствующее аддиктивному поведению психическое заболевание. Механизм рискованного поведения в данном случае связан с состоянием измененного сознания [277, 588]. Считается, что психическое заболевание - не только потенциальный фактор инфицирования ВИЧ [192, 268, 277, 411, 592], но и риск своевременного нераспознавания ВИЧ-инфекции [412].

Существует взаимосвязь между употреблением ПАВ, поведением высокого

риска по ВИЧ-инфицированию и приверженностью АРВ-лечению. Так, показано, что АРВ-терапия, зависящая во многом от личностно-психологических характеристик больных [171], влияет на рискованные формы поведения [580] и на качество жизни ВИЧ-инфицированных [658]. Приверженность АРВ-терапии, в свою очередь, тесно связана с депрессивными расстройствами, употреблением ПАВ [213, 387, 407, 446], отдельно употреблением алкоголя [469] и с выраженностью стигматизации пациентов [464, 650]. Отклоняющиеся формы поведения пациентов, в том числе связанные с приемом ПАВ, традиционно рассматриваются в качестве одного из серьезных препятствий приверженности высокоактивной АРТ [28, 174]. По-видимому, имеется единство психологических механизмов, отвечающих за обострение патологического влечения к ПАВ, и утратой контроля за соблюдением лечебно-профилактического режима. Снижение потребления наркотиков повышает приверженность лечебному режиму и, как следствие, эффективность ВААРТ [182]. По другим данным, главным доказанным фактором нарушения лечебного режима в условиях прохождения ВААРТ является употребление алкоголя [530]. Повышению приверженности лечению может способствовать поэтапный уход от наркотической зависимости и формирование модели сотрудничества для интеграции лечения наркотической зависимости и психических расстройств [532].

Существуют разные подходы к пониманию механизмов поведения высокого риска ВИЧ-инфицирования. Рискованные формы поведения всегда рассматривались как закономерное для болезней зависимости явление, обусловленное природой заболевания и определяемое, прежде всего, инъекционным способом введения в организм ПАВ. В рамках данного подхода упор делается на изучении социально-демографических факторов распространения ВИЧ-инфекции [96, 135, 341]. Предполагается, что повышение информированности в отношении способов передачи ВИЧ-инфекции и путей их предотвращения снижает эпидемиологическую безопасность некоторых групп пациентов.

С другой стороны можно предположить, что в основе поведения высокого риска лежат некоторые личностно-психологические характеристики пациентов, определяющие неспособность предотвращать опасные для здоровья и жизни ситуации. Обнаружено, что достаточная информированность больных опийной наркоманией о ВИЧ-инфекции и способах ее профилактики практически не изменяет их опасное поведение [26, 27]. Известно, что подростки, употребляющие ПАВ, достаточно точно представляют себе все возможные последствия такого поведения [173]. По данным различных авторов, многие ВИЧ-инфицированные, зная о своем статусе, продолжают незащищенные контакты [223, 586, 601].

Несмотря на обилие публикаций, посвященных механизмам ВИЧ-инфицирования, вопрос о психопатологической природе высокорискованного поведения поднимается лишь в немногих работах [42, 63, 104, 167]. Показано, например, что риск инфицирования половым путем связан с инъекционным риском, употреблением стимуляторов, выраженностью показателей шкалы BPRS и шкалы ангедонии, а также показателями агрессии по шкале STAXI [104]. У потребителей стимуляторов показатели риска заражения инъекционным и половым путем (по методике ТОСР) значимо коррелировали с показателем шкалы «Агрессивность как состояние» [162]. Риск заражения лиц, употребляющих стимуляторы, расценивается так же высоко, как и у потребителей героина [664]. Употребление метамфетамина увеличивает риск передачи ВИЧ во время гетеросексуальных связей, прямо коррелирует с использованием общих игл и шприцов [495].

Психологические аспекты злоупотребления ПАВ являются основными мишенями профилактической работы ВИЧ-инфекции. Показано, что психосоциальное неблагополучие пациентов может нивелировать работу по части ВААРТ [89]. В основу профилактики ВИЧ-инфицирования положен подход, учитывающий механизмы рискованного поведения [26], в частности адресные профилактические программы [83]. Указанный принцип применяется и в отношении многоуровневых программ профилактики злоупотребления ПАВ, имеющими своей целью формирование системы ценностей и поведенческие

навыки, выполняющие защитные функции в отношении приобщения к ПАВ [148, 160]. Так, показано, что введение в процедуру рутинного клинического обследования ВИЧ-инфицированных мероприятий по профилактике передачи инфекции приводит к сокращению незащищенных контактов [340]. В частности, снижение риска передачи ВИЧ-инфекции половым путем у подростков требует подходов, ориентированных на коррекцию восприятия влияния сверстников и собственного эмоционального благополучия [243, 652].

Проблемы психологической адаптации ВИЧ-инфицированных. Трансформация ВИЧ-инфекции из острого летального заболевания в хроническое с пожизненным приемом антиретровирусной (АРВ) терапии ставит в настоящее время на одно из центральных мест проблему психологической адаптации ВИЧ-инфицированных пациентов [243]. Показано, например, что несмотря на успехи в лечении ВИЧ/СПИД с помощью АРВ-терапии, угрозу для здоровья ВИЧ-инфицированных женщин представляют симптомы острого и/или хронического психосоциального стресса [480]. Психологическая адаптация ВИЧ-инфицированных подростков в значительной мере зависит от экстраинфекционных факторов социально-демографического порядка, таких как условия проживания, безнадзорность, нищета, правовой статус, доступность медицинской помощи и социальной поддержки [243]. Факторами, снижающими качество жизни ВИЧ-инфицированных, являются стигматизация, низкий материальный уровень, особенности микросоциального окружения, психические расстройства (депрессивные, тревожные, нейрокогнитивные), злоупотребление ПАВ и распространенные в обществе предубеждения в отношении ВИЧ-больного [196]. Качество жизни ВИЧ-больных зависит как от материальных доходов, так и от эмоциональной и социальной поддержки, болезнь-преодолевающего поведения [361, 491, 549, 610]. Уровень качества жизни ВИЧ-инфицированных зависит также от сохранности когнитивных функций, физического здоровья, социальной активности, болевого синдрома, полноценного сна и эмоционального состояния пациентов [429].

Внутреннюю картину болезни, которая может снижать эмоциональное напряжение и вызванные заболеванием трудности во многом определяют механизмы психологической защиты (МПЗ) и типы совладающего поведения (ТСП) [99, 161]. Показано, что у ВИЧ-инфицированных преобладают малоадаптивные разновидности МПЗ – «отрицание», «проекция», «реактивные образования», а также общая степень напряженности защит [167], незрелые защиты в сочетании с «замещением» [42], интенсивная выраженность «отрицания», «вытеснения», «компенсации» и «регрессии» [166].

При особых жизненных обстоятельствах, к числу которых относится, например, беременность, у наркозависимых ВИЧ-инфицированных женщин могут включаться МПЗ высокого уровня: «компенсация», «гиперкомпенсация», «рационализация» и «проекция» [89]. В то же время в неблагоприятных социальных условиях (проживание с людьми, употребляющими наркотические вещества), может актуализироваться примитивная психологическая защита «регрессия», характеризующаяся импульсивностью и слабостью эмоционально-волевого контроля [84].

Для 43% ВИЧ-инфицированных характерны неэффективные стратегии преодоления болезни, коррелирующие с психологическим стрессом, подавлением гнева, внешним локусом контроля и недостаточной социальной поддержкой [376]. Использование неэффективных копинг-стратегий является одним из факторов, способствующих развитию вторичных эмоциональных нарушений у больных СПИДом [343]. Имеется связь между избегающими стратегиями преодолевающего поведения и высокой частотой депрессивных расстройств у ВИЧ-инфицированных [263, 381, 496].

У ВИЧ-инфицированных афро-американских женщин выявлялось меньше депрессивных симптомов, если они использовали проблемно-ориентированные копинги [199, 585]. Избегающие и эмоционально-ориентированные стратегии совладания, в свою очередь, были связаны с высоким уровнем депрессивных симптомов [314]. Высокий уровень депрессии у ВИЧ-инфицированных афро-

американских женщин ассоциировался с низкими показателями копинг-стратегии «положительная переоценка» [381, 410].

Взаимосвязь адекватности и эффективности стресс-преодолевающего поведения с иммунным статусом опосредуется реакцией гормонов коры надпочечников и симпатической нервной системы, которые оказывают подавляющее воздействие на иммунную функцию [353]. Показано, что использование ВИЧ-больными стратегий «избегание» и «социальная изоляция» прогнозирует неблагоприятные последствия для психического здоровья пациентов. В то же время выявлено, что такие способы совладания, как «духовность» и «положительная переоценка» предсказывают более высокий уровень психологической адаптации, чем высокоадаптивная стратегия «поиск социальной поддержки» [480].

По мнению ряда исследователей, женский пол является одним из наиболее значимых предикторов дезадаптации у ВИЧ-инфицированных [62, 353, 425]. Это касается как в целом способов совладания, так и отдельных его разновидностей. Есть данные, что такой дезадаптивный копинг, как «бегство-избегание», оказывает более существенное негативное воздействие на женщин по сравнению с мужчинами [504]. При изучении типов совладающего поведения по методике «Копинг-тест» показано, что ВИЧ-позитивные пациенты чаще используют неконструктивные дезадаптивные типы совладания и реже – конструктивные [65].

Одной из важных характеристик, влияющих на уровень психологической адаптации больных с ВИЧ-инфекцией, является тип отношения к болезни. Исследование с помощью методики «ТОБОЛ» показало, что для ВИЧ-инфицированных характерен дезадаптивный смешанный тип, включающий черты эйфорического, сенситивного и апатического вариантов [163]. Реакция на ВИЧ статус у подростков во многом определяется внутренней картиной болезни (ВБК), в которой отражаются как специфические для пубертатного периода закономерности психического развития, так и индивидуальные личностные особенности [45].

Типологические особенности ВКБ у подростков включают в себя общие представления об организме человека, уровень информированности о заболевании и его последствиях, отношение к болезни и смерти, ситуацию, складывающуюся вокруг заболевания [94]. В объяснении причин ВИЧ-инфицирования часто наблюдается тенденция винить родителей [515].

Средства поддержания психического здоровья у ВИЧ-инфицированных. Согласно модели «непрерывного ухода», разработанной ВОЗ, социально-психологическая поддержка является ключевой составляющей курации ВИЧ-больных [74]. К средствам обеспечения сохранности психического здоровья у ВИЧ-инфицированных относятся: 1) стратегия снижения стигматизации [244]; 2) скрининговое тестирование на ВИЧ лиц с психическими расстройствами [412]; 3) организация «групп послетестовой поддержки» [419]; 4) социально-психологическая поддержка [213].

Показано, что методики лечения зависимости от ПАВ демонстрируют эффективность как в отношении профилактики высокорискованного поведения по ВИЧ-инфицированию, так и в отношении приверженности АВР-терапии. В их основу положены такие психотерапевтические методики, как мотивационное интервью, когнитивно-поведенческая терапия, групповая терапия [530].

Обнаружено положительное влияние CBSM-методики (когнитивно-поведенческое управление стрессом) на комплексные показатели состояния здоровья ВИЧ-инфицированных женщин, такие как уровень стресса, вирусная нагрузка, частота неоплазии шейки матки и количество потребляемых ПАВ [194]. Показано, что когнитивно-поведенческие навыки влияют также на частоту симптомов депрессии, проблемно-ориентированные навыки преодоления, восприятие стигматизации [634, 635].

В качестве средства коррекции отношения к заболеванию у ВИЧ-инфицированных предложен подход, включающий в себя формирование «здорового» поведения [340]. Рассматриваются 2 модели изменения поведения – модель IMB (Information, Motivation and Behavioral skills model) и модель MI (Motivation Interviewing) [341].

Основанные на вышеуказанных психотерапевтических принципах стратегии повышения приверженности ВААРТ оказались более эффективными, чем технологическая стратегия с использованием электронного напоминающего устройства (ALR) [115]. В то же время групповые психотерапевтические формы работы с пациентами, согласно проведенному метаанализу [154], составляют не более 16%, уступая место дидактическому предоставлению информации (79%).

Одним из средств повышения эффективности профилактических мер является методика BDRS-консультирование, базирующаяся на теории социального научения [269]. Развитие навыков безопасного поведения у наркологических пациентов лежит в основе программы снижения ВИЧ-инфицирования половым путем – PREVENT-консультирование [105]. Формирование и развитие «защитных механизмов», препятствующих ВИЧ-инфицированию, являются основой и для проведения первичной профилактики с наркологическим здоровым контингентом, подготовки детей и подростков к сложным жизненным обстоятельствам, выбору безопасной модели поведения [126]. Ситуационное вмешательство предполагает вознаграждение за полезное, способствующее выздоровлению поведение, и санкции за нежелательное поведение. Используются меры финансовой компенсации и система ваучеров [266, 594]. Методика DAART (Directly administered antiretroviral therapy) предполагает прием АРВ-препаратов под непосредственным контролем медицинского персонала [181, 459].

Мета-анализ лонгитюдных исследований подтвердил, что DAART существенно повышает вирусологический и иммунологический ответ, а также приверженность терапии у потребителей ПАВ и других пациентов с рискованным поведением [384]. Интеграция помощи ВИЧ-больным в виде совместной работы медицинских учреждений и программ лечения наркозависимости приводит к улучшению исходов заболевания [159].

Таким образом, анализ источников литературы, посвященной психологическим аспектам ВИЧ-инфицирования, позволяет рассматривать несколько аспектов проблемы – механизмы высокорискованного поведения,

адаптация ВИЧ-больных к заболеванию, изучение психологических факторов приверженности АРВ-терапии. Средства поддержания психического здоровья у ВИЧ-инфицированных неотделимы от методик психотерапии аддикций, которые сопутствуют ВИЧ-инфекции.

1.7. Лечение расстройств поведения

Лечение РП традиционно признавалось сложной задачей из-за необходимости устранения множества факторов, лежащей в основе конкретной поведенческой девиации [359]. Однако в настоящее время в ряде стран выработаны отчетливые принципы терапии РП, приносящие результаты в долгосрочной перспективе [417]. Во-первых, предпочтение отдается поведенческим и когнитивно-поведенческим методикам, показавшим преимущественную эффективность по сравнению с другими методами, в частности, с фармакотерапией [578, 646]. Наиболее успешные из них сосредоточены на улучшении социальной компетентности у детей и подростков [66, 68, 471, 578] и развитии у них просоциального поведения (поведения, направленного на благо и пользу других) [340]. Во-вторых, важным принципом является использование внебольничного режима работы. Ранее широко распространенные стационарные виды помощи оказывались малоэффективными в связи с тем, что после прохождения лечения пациенты возвращаются в прежние микро- и макросоциальные условия [383]. В-третьих, к обязательному условию относится участие в психотерапевтическом процессе родителей, имеющее целью выработку родительских навыков и обучение конструктивным способам взаимодействия с детьми [417, 418, 578], что, ко всему прочему, снижает экономические затраты государства на лечение поведенческих расстройств [229]. В-четвертых, необходимо как можно более раннее начало лечения РП. Это совпадает с наметившейся в последнее время тенденцией к раннему выявлению РП, манифестация которых во многих случаях наблюдается уже в дошкольном

возрасте [260, 599]. Показано, что лечение поведенческих нарушений наиболее эффективно в случае, если ребенку меньше 8 лет и проблемы в поведении возникли недавно [481]. Подростки с РП более резистентны к лечению [201]. И, наконец, большинство терапевтических методик проводится в режиме структурированных профилактических программ, осуществляемых в школьных условиях с привлечением родителей детей и педагогов (school based treatment programs). Их эффективность оценивается в долгосрочной перспективе (через 10-15 лет) в соответствии с принципами доказательной медицины.

Объем и интенсивность лечения определяется тяжестью РП. Субклинические симптомы требуют, как правило, консультативной помощи родителям. Однако, при выраженных и длительных поведенческих девиациях, сопровождающихся агрессией, незаконными действиями, злоупотреблением психоактивными веществами (ПАВ) и др., необходимо обязательное направление к врачам-психиатрам [578]. При сопутствующей зависимости от ПАВ в первую очередь осуществляется комплекс мер, направленных на вытрезвление, подавление влечения к ПАВ и проведение наркологической реабилитации.

К числу доказательно эффективных методик лечения РП относят тренинг когнитивных проблемно-разрешающих навыков, тренинг родительского руководства, функциональную семейную терапию и мультисистемную терапию [359, 418, 578]. Тренинг когнитивных проблемно-разрешающих навыков (Cognitive problem-solving skills training – CPST) преследует цель снизить проявления отклоняющегося поведения путем обучения ребенка новым навыкам в ситуациях, которые ранее вызывали негативное поведение [418, 471]. Методика направлена на восполнение дефицита когнитивных навыков, особенно, по части решения социальных проблем. В рамках методики CPST пациентов учат шаг за шагом решать межличностные проблемы. Это включает в себя [359]: 1) признание ситуации проблемной; 2) использование методики самоконтроля над собственным импульсивным поведением; 3) признание возможности решения проблемы несколькими способами; 4) оценку последствий своего поведения; 5) принятие точки зрения других. Сообщается о хороших результатах применения

CPST при легких РП и об улучшении этих результатов при одновременном использовании тренинга родительского руководства [646].

Тренинг родительского руководства (Parent Management Training – PMT) включает в себя работу терапевта с родителями с целью выработки у них более эффективных способов взаимодействия с детьми, формирования у ребенка просоциального поведения и коррекции поведенческих аномалий [417]. Использование PMT особенно актуально в семьях, поскольку родители чаще всего не умеют применять к детям дисциплинарные меры [359]. Методика PMT признана одной из самых действенных [239, 616], при ее применении в 2/3 случаях отмечаются клинически значимые устойчивые изменения [350].

Функциональная семейная терапия (Functional Family Therapy – FFT) применяется при множестве поведенческих проблем у подростков 11-18 лет из семей с разным социо-культурным уровнем и находящихся в различных лечебных условиях (стационарных, школьных, домашних) [579]. FFT направлена как на лечение тяжелых РП, таких как агрессивные, противоправные действия, употребление ПАВ и др., так и на профилактику поведенческих проблем у подростков из группы риска. FFT основывается на когнитивно-поведенческой подходе, фокусируется на изменении шаблонов поведения и достижении более адаптивного функционирования семьи. Эффективность ФСТ доказательно продемонстрирована в независимых межгрупповых сравнительных исследованиях [579].

Мультисистемная терапия (Multisystemic therapy - MST) применяется преимущественно в подростковом возрасте, когда система семейных отношений дополняется системой отношений со сверстниками и др. [359, 418]. MST имеет целью решение широкого круга поведенческих проблем подростков, возникающих в разных сферах жизни (отсюда название «мультисистемная»). Показанием для ее применения являются различной тяжести РП в возрасте старше 12 лет, включая антисоциальность, делинквентность, злоупотребление ПАВ, сексуальные поведенческие отклонения, жестокое обращение, безнадзорность, психические расстройства, сопровождающиеся поведенческими

проявлениями и др. [395, 574]. МСТ базируется на теории экологических систем U.Bronfenbrenner, рассматривающей антисоциальное поведение как результат взаимодействия «внутренних» и средовых факторов – личностных, семейных, школьных, социальных, культурных и фактора близкого окружения и др. [574]. Терапия и профилактика поведенческих нарушений ставят своей задачей оказывать влияние на эти факторы.

Оценки долгосрочных эффектов МСТ в рандомизированных клинических исследованиях показала сокращение на 25-70% повторных правонарушений в отдаленной перспективе, уменьшение на 47-64% госпитализаций, значительное расширение способов семейного взаимодействия, экономию средств по сравнению с обычными мерами здравоохранения и юстиции [230, 571, 622]. Доказана эффективность методики в отношении сексуальных преступлений [447], жестокого обращения с детьми в семьях с употребляющими алкоголь родителями [570], при работе с безнадзорными детьми [609], при работе с подростками 12-17 лет, у представителей обоих полов и разной этнической принадлежности [574].

Специфичной для детей раннего и дошкольного возраста является терапия детско-родительского взаимодействия (Parent-Child Interaction Therapy – PCIT), представляющая собой уникальное сочетание поведенческой и игровой терапии, а также способов воздействия на ребенка [333]. На формирование PCIT-терапии повлияла теория D. Baumrind, изменяющая авторитетно-авторитарно-разрешающую модель родительского поведения на модель родительской восприимчивости и родительской требовательности [333]. В настоящее время доказана эффективность методики PCIT при рано проявляющихся эмоциональных и поведенческих расстройствах, таких как оппозиционно-вызывающее расстройство [241], синдром дефицита внимания с гиперактивностью [409], РП в подростковом возрасте [332].

Существует несколько разновидностей школьных профилактических программ, различающихся в зависимости от целевой группы [569]. Программы общего развития (универсальные программы) адресованы в целом детям младшего и среднего школьного возраста. Например, программы «Я могу решить

проблемы» [583] и «Содействие альтернативным стратегиям мышления» (PATHS) [378] значительно улучшают когнитивные проблемно-разрешающие навыки, корректирует заторможенность и импульсивность.

Программы, ориентированные на изменение внешних условий, ставят своей целью воздействовать на климат в классе (например, «Программа реструктуризации школьной среды» (School Transitional Environment Project) [337] или в школе в целом. Так, методика «Игра в хорошее поведение» («Good Behavior Game» - GBG) [420] решает задачу самостоятельной регуляции поведения школьника и его одноклассников через процесс целостного взаимодействия в команде.

«Программа профилактики насилия» (Bullying Prevention Programme) (или модель «Берген») [521] основывается на положении, что большинство случаев агрессии против сверстников, хулиганское поведение и издевательское отношение является следствием стремления к доминированию.

Многокомпонентные (мультимодальные) школьные профилактические программы разработаны в соответствии с представлениями о множественности, иерархичности и взаимосвязанности факторов риска возникновения РП (транзакционно-экологическая модель) [566]. Примерами мультимодальных школьных программ являются «Проект развития детей» (Child Development Project - CDP) [209], «Сиэттловский проект социального развития» (Seattle Social Development Project - SDP) [390], «Программа совпадения интересов семьи и учителей» (Linking the Interests of Families and Teachers Programme – LIFT) [306].

Профилактические программы избирательного воздействия [548] предназначены как для детей школьного возраста («Программа подросткового переходного возраста», Adolescent Transitions Programme) [317], так и для пренатального и раннего (Prenatal/early childhood programmes). Последние направлены на формирование родительских воспитательных навыков и просоциальных навыков у детей. Эти программы (например, «Патронажно-семейное партнерство», Nurse Family Partnership) [520] снижают воздействие таких факторов риска РП, как курение матери во время беременности, жестокое

обращение с детьми, пренебрежение ими, что в долгосрочной перспективе у 15-летних подростков привело к уменьшению на 56% эпизодов насилия, арестов, употребления алкоголя и наркотиков.

Программы «адресного» воздействия используются для работы с детьми, у которых были выявлены значимые поведенческие нарушения. Это – программа «Первый шаг» (First Step) [604] и «Совместный семейно-школьный курс» (Families and Schools Together – FAST) [280].

Таким образом, на основании представленного материала можно сделать несколько важных выводов. Прежде всего, поведенческие расстройства относятся к тем видам психических нарушений, которые требуют обязательного лечения и профилактики для предотвращения более тяжелых расстройств, к числу которых относятся антисоциальное расстройство личности и синдром зависимости от психоактивных веществ [359, 578]. Терапию РП следует начинать как можно в более раннем возрасте, что совпадает с современными тенденциями их ранней диагностики. Рекомендуется как можно более раннее их выявление, что определяется относительной курабельностью поведенческих нарушений в возрасте до 12 лет. Наиболее эффективные подходы к лечению РП включают обязательную работу с родителями пациентов, направленную на улучшение детско-родительских взаимоотношений и обретение взрослыми полноценных родительских компетенций.

1.8. Лечение употребления психоактивных веществ с вредными последствиями и синдрома зависимости у подростков

Исследования, посвященные лечению употребления ПАВ с ВП и синдрома зависимости у подростков как в прошлые десятилетия [648, 655], так и в настоящее время [250, 657] свидетельствуют, во-первых, о неизменно высокой актуальности этого вопроса на протяжении длительного времени в разных странах мира и, во-вторых, о существовании специфических для подросткового

возраста наркологических проблем. В частности, большой проблемой является относительно малое число подростков, проходящих ежегодно специализированное наркологическое лечение. Так, среди 1,6 млн. пациентов в возрасте 12-17 лет, нуждавшихся в прохождении лечения по поводу зависимости от ПАВ в 2012 г. в США, только 157 тыс. получили помощь [250]. Причиной этого, помимо организационных проблем, является низкая мотивация подростков и их родителей к лечению [657]. Серьезной проблемой является также невысокая эффективность терапии. Повторный рецидив в течение 12-месячного периода является стойким явлением, отмеченным в разных исследованиях при использовании различных методов лечения [636].

Требование к лечению употребления ПАВ и зависимости у подростков обосновывается, прежде всего, определенными последствиями [250, 657]. К ним относятся проблемы с законом (например, продажа наркотиков), вождение в состоянии алкогольного/наркотического опьянения, физическое, сексуальное и эмоциональное насилие. Кроме того, употребление ПАВ в подростковом возрасте увеличивают риск последующего развития болезни зависимости. Большинство тех, кто начал использовать ПАВ до 18 лет, демонстрировали признаки зависимости в 20 лет [311]. Считается, что ПАВ оказывают более выраженное долгосрочное воздействие на когнитивные и эмоциональные процессы подростков [246].

Особенности терапии употребления ПАВ с ВП и синдрома зависимости у подростков. Терапия употребления ПАВ с ВП и синдрома зависимости у подростков определяется структурой употребляемых веществ, клинической картиной заболевания, мотивацией к лечению и потребностью в нем [57, 611]. По данным Американского национального института изучения злоупотребления ПАВ (NIDA), 65,5% пациентов 12-17 лет лечились в связи с употреблением марихуаны, а 42,9% в связи с употреблением алкоголя. Для взрослых характерны другие соотношения (17,1% против 66,5%) [250]. В силу того, что у подростков реже наблюдается абстинентный синдром и его проявления не столь тягостны, как у взрослых, у них часто не сформировано чувство заболевания и

представление о необходимости лечения [237]. Причины направления подростков на прохождение наркологического лечения более разнообразны, чем у взрослых. Это – сопутствующие расстройства поведения, нарушения закона, коморбидные психические расстройства и др. Решение начать лечение чаще принимается родителями или системой правосудия по делам несовершеннолетних [250].

Общие принципы терапии употребления ПАВ с ВП подростками и синдрома зависимости у подростков. Можно сформулировать несколько принципов терапии [250, 657]. По-первых, необходимо как можно более раннее начало лечения, даже в случае отсутствия отчетливо сформированного синдрома зависимости. Это обусловлено необходимостью профилактики рискованного поведения, связанного с опасностью передозировок, заражением ВИЧ, гепатитами С и В. Решение о лечении должно приниматься с участием родителей при их последовательной и настойчивой позиции, использовании выработанных навыков привлечения к терапии [489, 547].

Во-вторых, задачи лечения, как правило, более широкие, чем предотвращение употребления ПАВ [657]. Это – формирование просоциальных навыков, навыков отказа, противостояния провоцирующим ситуациям, давлению со стороны сверстников, замена наркотиков конструктивной деятельностью, развитие навыков общения и решения проблем, улучшения межличностных отношений и др. Эти рекомендации носят универсальный характер и направлены на коррекцию личностно-адаптационных механизмов формирования зависимости от ПАВ. Обязательным требованием является поддержка семьи.

В-третьих. Большинство лекарственных средств, используемых для лечения зависимости от ПАВ у взрослых, в настоящее время не одобрены государственными фармакокомитетами для подростков, так как данные об их эффективности и безопасности окончательно не собраны [520]. Однако, согласно стандартам лечения, фармакотерапия может использоваться для лечения сопутствующих психических расстройств, которые часто предшествуют употреблению ПАВ или усугубляются под их влиянием [309]. К ним относятся депрессия, тревожное расстройство, СДВГ, оппозиционно-вызывающее

расстройство, расстройства поведения [267]. Лечение таких пациентов должно проводиться отдельно от лечения правонарушителей. Многие фармакологические средства, используемые для купирования сопутствующих психопатологических расстройств, положительно влияют также и на отдельные симптомы зависимости [645].

Наркологическая помощь подросткам. Проблема специфичности организации наркологической помощи подросткам остро стояла на протяжении многих десятилетий. Первый центр для лечения несовершеннолетних наркозависимых открылся в 1952 году в Riverside Hospital в Нью-Йорке, однако еще на протяжении 80-х годов большинство подростков проходили программы лечения, основанные на принципах лечения взрослых [657]. По данным Американского общества медицины зависимостей (American Society of Addiction Medicine), существуют 5 разновидностей (уровней сложности) лечения [657]: раннее вмешательство, амбулаторное лечение [200], интенсивное амбулаторное лечение, стационарно-домашнее лечение и стационарное лечение.

Проблема мотивации к лечению у подростков. Мотивация к лечению, описываемая в таких понятиях, как осознанность, приверженность, выполнение норм и правил лечебного процесса или, наоборот, скептицизм и др., отражающих разную степень заинтересованности в результатах, рассматривается как важнейший параметр успешности терапии [456]. В качестве самостоятельного показателя, влияющего на ход терапевтического процесса, рассматривают т. н. «готовность к изменению». В рамках «транстеоретической» модели [550] готовность к изменению рассматривается как неотъемлемая составляющая терапевтического процесса, этапов перемен. Оценка мотивации и готовности к изменениям, проводимая в рамках мотивационного интервью, входит в рекомендации национальных клинических протоколов как компонент первичной медицинской помощи и краткосрочная цель на пути к снижению потребления ПАВ [567].

Результаты исследования с помощью анкеты скрининга алкоголя «CAGE» показали, что на уровень употребления алкоголя в 6-месячном периоде влияет

такие составляющие готовности к изменению, как уверенность в них и намерение воздержаться от употребления [564]. В другом исследовании также показано, что проблемное алкогольное употребление через 6 месяцев после первичного врачебного визита улучшают такие когнитивные аспекты поведения, как готовность к изменению, осознание их важности и уверенность в результатах лечения. Путем факторного анализа опросника «Шкала стадий готовности к изменениям и желание лечения» («The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)») показано, что готовность к изменениям включает в себя 2 фактора - «Принятие мер» и «Признание», которые показали хорошую внутреннюю согласованность и доказательно обоснованы. Исходные показатели этих шкал предсказывали отношение к употреблению алкоголя на 12-месячном временном промежутке. Дальнейшие исследования подтвердили справедливость выделения этих факторов [214].

Для подростков характерна низкая «внутренняя» мотивация к изменению поведения вне зависимости от количества употребляемых ПАВ [237]. Они чаще обращаются за лечением под давлением членов семьи, соцработников, правоохранительных органов. Однако даже в этих условиях более предпочтительными являются недирективные методы работы в отличие от прямого конфронтационного стиля [584]. Исследования с помощью методики «Алгоритм изменений» (staging «algorithm»), которая классифицирует пациента в зависимости от стадии изменения – предварительное размышление (precontemplation), созерцание (contemplation), подготовка (preparation), действие (action) или сохранение изменений (maintenance) показали, что подростки чаще всего находятся в стадии предварительного размышления [257]. В целом установлено, что закономерности формирования мотивационной составляющей лечения у подростков отличаются от таковой у взрослых [308].

Проблема принудительного лечения правонарушителей и преступников, употребляющих ПАВ, известна в литературе под названием лечения, назначаемого по решению суда (Drug Treatment Courts, DTC) [397]. В то же время отмечается, что даже такая терапия оказывается действенной только в случае

готовности пациента к лечению [651]. Показано, что участие пациентов в программах лечения наркозависимости в тюрьмах наряду с мотивацией к изменению собственной жизни снижает вероятность обострения болезни [365] и косвенно уменьшает число рецидивов преступлений [372, 483]. Способы повышения мотивации несовершеннолетних правонарушителей к лечению в настоящее время совершенствуются [395].

Проблема рецидива. Рецидив употребления ПАВ является серьезной проблемой для большинства подростков, проходивших лечение от зависимости [553, 606]. В настоящее время исследования, направленные на повышение качества и эффективности подросткового амбулаторного лечения от зависимости, дают скромные результаты [606]. Так, рецидив употребления подростками алкоголя в период 3-6 мес. составляет около 60% [414]. Пациенты, быстро возобновившие прием ПАВ, в течение короткого времени возвращаются к прежнему уровню употребления [249, 368].

Трудности соблюдения терапевтического режима связывают, в частности, с иной структурой мотивов возобновления приема ПАВ у подростков, отличающейся от таковой у взрослых [553].

Как одна из причин частых рецидивов рассматривается клиническая гетерогенность аддиктивного поведения у подростков, обуславливающая различия пациентов в признании у себя проблем зависимости и разные установки на отказ от употребления ПАВ [432, 619, 620]. Таким образом, традиционно используемые меры, основанные на формировании навыков воздержания от ПАВ и решения проблем, связанных с провокацией рецидивов, оказываются не всегда действенными, т. к. многие подростки не используют выработанные на занятиях навыки в реальной жизни [369].

Ряд исследований были посвящены факторам, предсказывающим результаты лечения и вероятность рецидива [190, 273, 422, 553, 606, 647]. Выявлены объективные факторы, включающие в себя наличие прежнего опыта лечения, совершение противоправных действий, сопутствующие психические расстройства. Субъективные факторы заключались в наличии понимания у себя

аддиктивных проблем и их последствий, сформированности мотивации к воздержанию, самоэффективности (self-efficacy) и навыков преодоления (coping skills) [190, 313, 368, 422, 606]. Причины, побуждающие подростка употреблять ПАВ, изучаются с помощью функционального анализа, который лежит в основе большинства методик когнитивно-поведенческой терапии лечения ПАВ.

Методики лечения употребления ПАВ с ВП и синдрома зависимости. В разных работах подчеркивается преимущество тех или иных методик терапии употребления ПАВ и сопутствующих поведенческих проблем у подростков. Так, одним из наиболее изученных подходов традиционно считалась семейная терапия [523]. В числе методик, благоприятствующих лечебному эффекту, называются многомерная семейная терапия (Multidimensional Family Therapy, MDFT), функциональная семейная терапия (Functional Family Therapy, FFT), когнитивно-поведенческая терапия (Cognitive-Behavioral Therapy, CBT), хотя эффективность и равноценность других методик также признается [310, 636]. К наиболее изученным методикам причисляются [657]: когнитивно-поведенческая терапия, краткосрочное вмешательство/мотивационное интервью (brief intervention/motivational interviewing, BI/MI) и подход «Contingency management with community reinforcement approach» (CMCRA).

Исследования эффективности лечения употребления ПАВ у подростков, основанные на принципах доказательной медицины, проводятся относительно недавно. Согласно проведенному мета-анализу [611], из 45 исследований, которые отвечают критериям доказательности, примерно 63% были проведены после 2000 г. Наилучшие результаты в отношении количества снижения употребления ПАВ показала семейная терапия и ее различные сочетания. Оценка сравнительной эффективности методик оказалась затруднена, так как не все они сравнивались между собой в проводимых исследованиях.

Многомерная семейная психотерапия (МСТ) – метод, разработанный для лечения и профилактики употребления ПАВ у подростков и рассматривающий аддиктивное поведение с позиции различных влияний (члены семьи, ровесники, макросоциум) [448]. Задачи лечения включают в себя изменение образа жизни

подростка, развитие позитивного общения со сверстниками и просоциальных навыков, улучшение школьных связей и успеваемости, повышение самостоятельности, налаживание эмоциональных связей между подростками и родителями [450]. При сравнении МСТ с когнитивно-поведенческой терапией было обнаружено положительное влияние обеих методик на употребление каннабиса и алкоголя, однако МСТ показала преимущественную эффективность в случае выраженной тяжести употребления ПАВ [449]. МСТ является специфичным для раннего пубертатного возраста, демонстрирующим преимущества по сравнению с другими разновидностями групповой терапии [394]. Есть данные об эффективности методики у подростков-правонарушителей, содержащихся под арестом [449]. Кроме того, методика МСТ послужила моделью профилактики поведения высокого риска в отношении ВИЧ и инфекций, передающихся половым путем, а также направления работы, которое ранее предполагало только индивидуальный уровень воздействия без учета семейного фактора [470].

Использование когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) базируется на положении, что процессы обучения играют ключевую роль в развитии проблемного поведения и употребления ПАВ. Теоретической основой для применения КПТ послужили принципы вмешательства по предвидению и избеганию ситуаций высокой степени риска [107, 497]. Методика включает в себя использование таких приемов, как самоконтроль, подкрепление альтернативного поведения, навыки преодоления, общения и разрешения проблем [636]. Формируются также умения управлять эмоциями (например, обучение релаксации, управление гневом), что положительно влияет на профилактику рецидивов. Цели вмешательства широко варьируются в зависимости от возраста и уровня развития подростка [637].

Исследование эффективности КПТ в сравнении с другими методиками показало в целом схожие положительные результаты по части значимого снижения уровня потребления наркотиков к 6 и 12 мес. после начала лечения. В то же время эффекты от КПТ наступали не столь быстро, как в случае с семейной

терапией [450]. КПТ продемонстрировала большую эффективность в сравнении с психообразовательными методиками, особенно в группе старших юношей-подростков. Однако не было показано ее преимущества в долгосрочной перспективе из-за увеличения числа рецидивов к 9 мес. после начала терапии [414]. Исследование сравнительной эффективности индивидуальной и групповой КПТ показало, что оба режима работы были одинаково успешны в отношении количества употребляемых ПАВ [638]. Это опровергло ранее устойчивое мнение об отрицательной роли групповых занятиях у подростков.

КПТ эффективно работает в различных комбинациях с мотивационным интервью по части сокращения использования каннабиса и отрицательных последствий его употребления [312]. Однако, как и в других исследованиях, посвященных оценке результатов лечения у подростков [415], главной проблемой был повторный рецидив в 12-месячном периоде наблюдений [637].

Мотивационное интервью (МИ) используется с середины 80-х гг. как подход к пациентам с двойственным отношением к лечению [490]. Основные принципы методики формулируются так: обратная связь, совет, выбор, сопереживание, самооценка. Ряд особенностей методики обусловили ее предпочтительное использование в пубертатном возрасте. В случае сопротивления пациента терапевт воздерживается от коррекции его позиции и конфронтации с ним [204]. Методика продемонстрировала доказательную эффективность в отношении употребления каннабиса у подростков [339]. Также отмечено общее снижение количества потребляемых ПАВ у подростков под влиянием МИ в течение 3-месячного периода наблюдений [476].

Методика CMCRA относится к терапевтическим стратегиям, базирующимся на оперантных моделях обучения. Ее применение основано на положении, что физиологическое «подкрепляющее» действие ПАВ может снижаться в результате влияния альтернативных источников подкрепления. Пациенту предоставляются такие «вознаграждающие» стимулы, как призы, денежные чеки на продукты питания, кино, товары и др. взамен воздержания от употребления ПАВ. Возможно использование методики в домашних условиях под присмотром родителей [413].

Для антиникотинового лечения используется веб-модификация [597]. Имеются данные о влиянии CMCRA на снижение количества использования ПАВ подростками [288].

Среди групповых методов работы следует выделить программу «12 шагов» и модель «Терапевтическое сообщество» (ТС). Упрощение программы «12 шагов» применительно к подросткам может способствовать повышению уровня амбулаторной посещаемости [423]. Модель ТС основывается на принципах самопомощи [502]. Лечение направлено на усиление личной и социальной ответственности за собственное поведение и укрепление совладающих навыков. Программы предлагают широкое участие семьи. Используются также краткосрочные программы [502].

Таким образом, на основании представленных источников иностранной литературы можно прийти к следующим выводам. Проблема малой обращаемости подростков за наркологическим лечением и невысокая его успешность – явления закономерные и опосредованные низкой мотивационной составляющей, в которых отражаются как закономерности клиники подростковой зависимости от ПАВ, так и, отчасти, возрастные особенности психики подростков. Различные формы организации подростковой наркологической помощи как обязательный компонент должны содержать повышение мотивации к терапии. Привлечение подростков к лечению – задача практически трудная, требующая терпения, настойчивости и согласованного участия окружающих подростка лиц. Она должна быть реализована с минимальным уроном для психики и организма подростка. Существующие методики лечения зависимости от ПАВ у подростков носят универсальный характер и направлены на коррекцию личностно-психологических основ отклоняющегося поведения, лежащего в основе аддиктивной патологии. Для лечения сопутствующих употреблению ПАВ психических расстройств может быть использована психофармакотерапия.

ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Материал исследования

2.1.1. Основная группа

Всего был обследован 341 пациент. Основную группу составили 293 подростка. Обследование проводилось на базе следующих медицинских учреждений Санкт-Петербурга:

- СПб ГУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И. И. Скворцова-Степанова», отделения №№ 12, 11, 1, 31;
- СПб ГУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия им. С. С. Мнухина», стационарные отделения №№ 2, 3;
- СПб ГУЗ «Детская городская инфекционная больница № 3», отделение № 1;
- клиника ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России, отделение № 1, специализированное психоневрологическое отделение;
- консультативно-диагностический центр ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России;
- СПб ГУЗ «Городская наркологическая больница», отделение № 9.

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) 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.

Обследование проводилось в стационарных условиях на 5-7 день госпитализации.

Основную группу составили 293 пациента в возрасте 12-17 лет. Средний возраста – $15,3 \pm 0,1$ года. Среди обследованных 150 мальчиков-подростков и 143 девочки-подростка. Пациенты разных полов были представлены в исследовании равномерно ($p > 0,5$ по биномиальному критерию). Средний возраст мальчиков-подростков составил $15,4 \pm 0,1$ года, средний возраст девочек-подростков – $15,2 \pm 0,1$ года. Средний возраст мальчиков-подростков и девочек-подростков достоверно не различались ($p > 0,1$ по критерию U Манна-Уитни).

Распределение мальчиков-подростков и девочек-подростков основной группы по возрастам представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение мальчиков-подростков и девочек-подростков основной группы по возрастам

возраст	мальчики-подростки		девочки-подростки		всего	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
12 лет	2	0,7	-	-	2	0,7
13 лет	7	2,4	9	3,1	16	5,5
14 лет	19	6,5	32	10,9	51	17,4
15 лет	49	16,7	45	15,3	94	32,1
16 лет	47	16,0	31	10,6	78	26,6
17 лет	26	8,9	26	8,9	52	17,7
Всего	150	51,2	143	48,8	293	100,0

Анализ таблицы 1 свидетельствует, что основная группа характеризовалась равномерным распределением мальчиков-подростков и девочек-подростков во всех возрастах ($p < 0,05$ по критерию χ^2 Пирсона). Отмеченные закономерности наглядно отражены на рисунке 1.

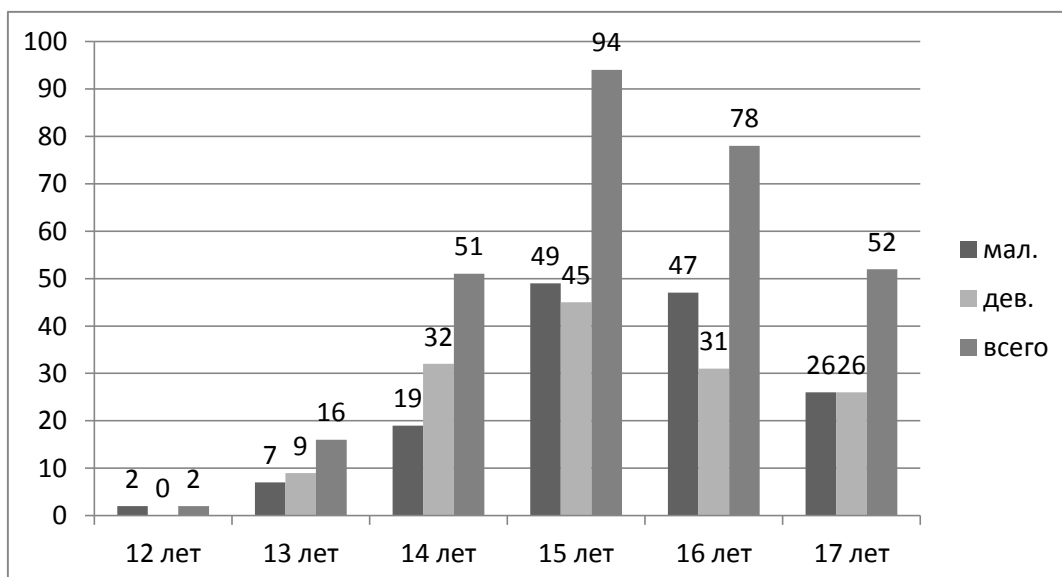


Рисунок 1. Количество мальчиков-подростков и девочек-подростков основной группы в зависимости от возраста.

2.1.2. Группа сравнения

Группу сравнения составили 48 пациентов.

Критериями включения пациентов в группу сравнения были: 1) 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) 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.

Средний возраст пациентов группы сравнения составил $23,1 \pm 0,3$ года. В нее вошел 21 мужчина и 27 женщин. Количество мужчин и женщин достоверно не различалось ($p > 0,1$ по биномиальному критерию). Средний возраст мужчин

составил $22,9 \pm 0,3$ года, средний возраст женщин – $23,3 \pm 0,5$ лет. Средний возраст мужчин и женщин достоверно не различались ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни).

Распределение мужчин и женщин группы сравнения по возрастам представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение мужчин и женщин группы сравнения по возрастам

	мужчины		женщины		всего	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
19 лет	-	-	2	4,2	2	4,2
20 лет	-	-	-	-	-	-
21 год	2	4,2	7	14,6	9	18,8
22 года	9	18,8	2	4,2	11	22,9
23 года	4	8,3	3	6,3	7	14,6
24 года	4	8,3	5	10,4	9	18,8
25 лет	-	-	4	8,3	4	8,3
26 лет	2	4,2	-	-	2	4,2
27 лет	-	-	2	4,2	2	4,2
28 лет	-	-	2	4,2	2	4,2
Всего	21	43,8	27	56,3	48	100,0

Анализ таблицы 2 свидетельствует о том, что среди 22-летних пациентов достоверно преобладали мужчины ($\chi^2=6,5$, $p < 0,05$). Во всех остальных возрастах мужчины и женщины были представлены равномерно ($p > 0,05$ по критерию χ^2 Пирсона).

Сравнение возраста пациентов основной группы и группы сравнения представлены в таблице 3.

Из таблицы 3 следует, что пациенты группы сравнения были достоверно старше пациентов основной группы. Отмеченные закономерности наглядно отражены на рисунке 2.

Таким образом, пациенты основной группы и группы сравнения в целом характеризовались равномерными половыми и возрастными показателями. Количество пациентов разного пола достоверно не различалось в разных возрастах. Исключение составляют мужчины 22 лет группы сравнения, количество которых преобладает над женщинами. Пациенты группы сравнения достоверно старше пациентов основной группы.

Таблица 3 – Средние возраста основной группы и группы сравнения

№	группа	Среднее значение	Достоверность различий по критерию U Манна-Уитни
1	Основная	15,3±0,1 года	0,000 *
2	Сравнения	23,1±0,3 года	

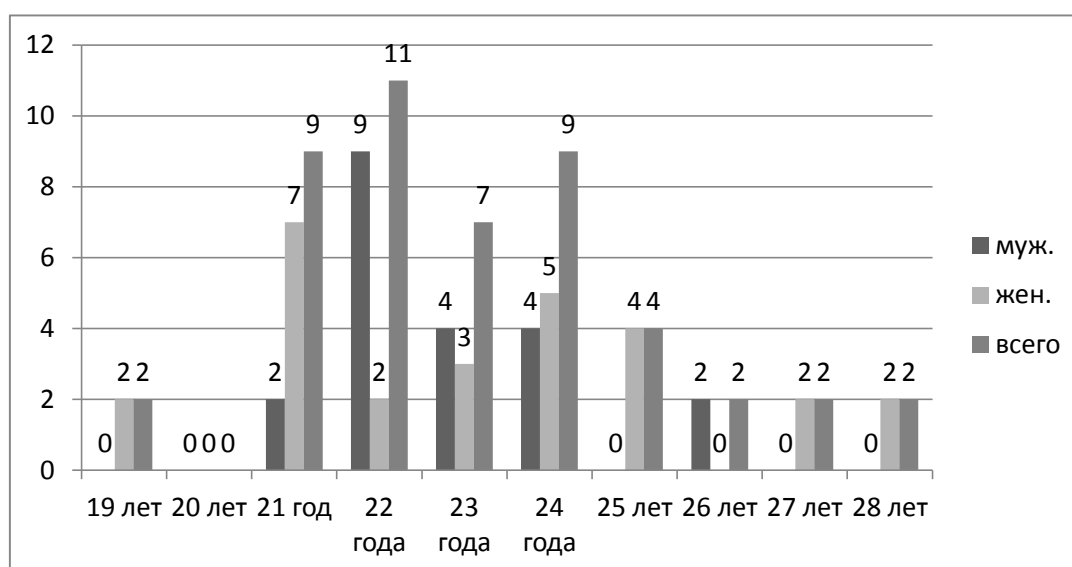


Рисунок 2. Количество мужчин и женщин группы сравнения в зависимости от возраста.

2.1.3. Контрольная группа

Контрольную группу составили 245 практически здоровых студентов Педиатрического университета в возрасте 16-20 лет (средний возраст – 18,8±0,1

года). Критерием их включения в контрольную группу было экспертное мнение исследователя об отсутствии психиатрического и наркологического диагноза.

В контрольную группу вошли 83 юношей (средний возраст – $18,6 \pm 0,3$ года) и 162 девушки (средний возраст – $18,8 \pm 0,2$ года). Их средний возраст достоверно не различался ($p > 0,1$). Девушки достоверно преобладали ($p < 0,001$ по биномиальному критерию).

Младшую контрольную подгруппу (16-17 лет) составили 43 студента (14 юношей, 29 девушек). Их средний возраст был $16,8 \pm 0,1$ года. В старшую контрольную подгруппу (18-20 лет) вошли 202 студента (69 юношей, 133 девушки). Их средний возраст составил $19,2 \pm 0,1$ года. Распределение юношей и девушек контрольной группы по возрастам представлено в таблице 4.

Таблица 4 – Распределение юношей и девушек контрольной группы по возрасту

	юноши		девушки		всего	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
16 лет	4	1,6	3	1,2	7	2,9
17 лет	10	4,1	26	10,6	36	14,7
18 лет	6	2,5	28	11,4	34	13,9
19 лет	32	13,1	60	24,5	92	37,6
20 лет	31	12,7	45	18,4	76	31,0
Всего	83	33,9	162	66,1	245	100,0

Из таблицы 4 видно, что, как и в выборке в целом, в возрастах 17, 18, 19 и 20 лет отмечалось достоверное преобладание девушек ($p < 0,001$ по биномиальному критерию). Отмеченные закономерности наглядно отражены на рисунке 3.

Распределение основной группы на подгруппы. Для решения поставленных задач исследования основная группа была разделена на 4 подгруппы в зависимости от вида употребляемого ПАВ с ВП.

1 подгруппа. 1 подгруппу составили 89 пациентов с диагнозом «Употребление опиоидов с вредными последствиями (ВП)» (F 11.1). Средний

возраст пациентов составил $15,6 \pm 0,1$ года. Среди них было 43 мальчика-подростка и 46 девочек-подростков. Количество мальчиков-подростков и девочек-подростков достоверно не различалось ($p > 0,5$ по биномиальному критерию). Средний возраст мальчиков-подростков составил $15,6 \pm 0,2$ года, девочек-подростков – $15,7 \pm 0,2$ года. Средние возраста мальчиков-подростков и девочек-подростков 1 подгруппы достоверно не различались ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни).

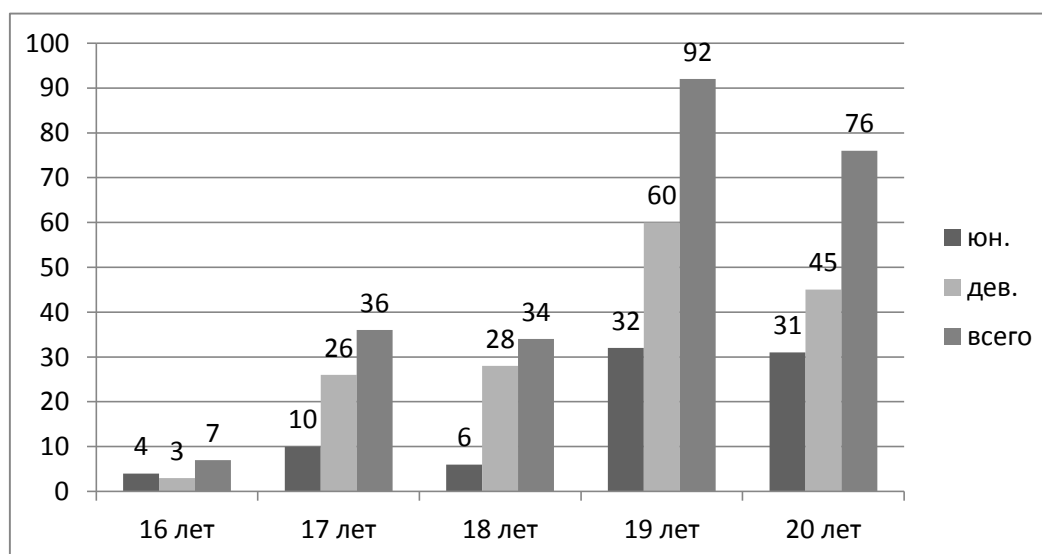


Рисунок 3. Количество юношей и девушек контрольной группы в зависимости от возраста.

Распределение мальчиков-подростков и девочек-подростков 1 подгруппы по возрастам представлено в таблице 5.

Анализ таблицы 5 показывает, что пациенты 1 группы во всех возрастах были равномерно представлены по полу ($p > 0,05$ по критерию χ^2 Пирсона). Отмеченные закономерности наглядно отражены на рисунке 4.

2 подгруппа. 2 подгруппу составили 95 пациентов с диагнозом «Употребление летучих растворителей с вредными последствиями (ВП)» (F 18.1). Средний возраст пациентов составил $15,2 \pm 0,1$ года. Среди пациентов 2 подгруппы было 52 мальчика-подростка и 43 девочки-подростка. Количество мальчиков-

подростков и девочек-подростков достоверно не различалось ($p>0,1$ по бинomialному критерию).

Средний возраст мальчиков-подростков составил $15,3\pm0,2$ года, средний возраст девочек-подростков – $15,0\pm0,1$ года. Средние возраста мальчиков-подростков и девочек-подростков 2 подгруппы достоверно не различались ($p>0,1$ по критерию U Манна-Уитни).

Таблица 5 – Распределение мальчиков-подростков и девочек-подростков 1 подгруппы по возрастам

Возраст	мальчики-подростки		девочки-подростки		всего	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
13 лет	2	2,2	1	1,1	3	3,4
14 лет	6	6,7	7	7,8	13	14,6
15 лет	11	12,3	13	14,6	24	27,0
16 лет	14	15,7	10	11,2	24	27,0
17 лет	10	11,2	13	14,6	23	25,8
18 лет	-	-	2	2,2	2	2,2
Всего	43	48,3	46	51,7	89	100,0

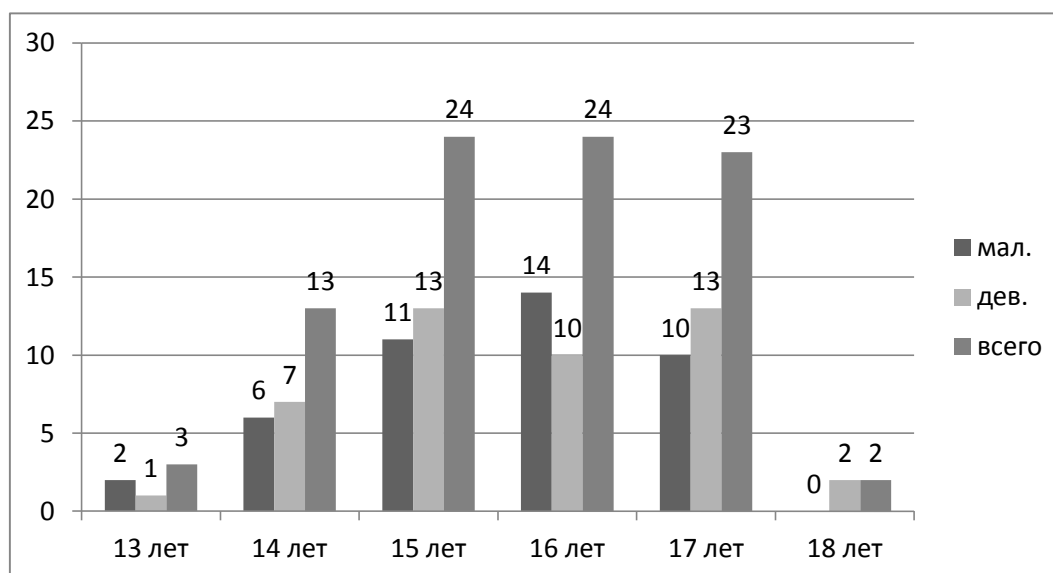


Рисунок 4. Количество мальчиков-подростков и девочек-подростков 1 подгруппы в зависимости от возраста.

Распределение мальчиков-подростков и девочек-подростков 2 подгруппы по возрастам представлено в таблице 6.

Таблица 6 – Распределение мальчиков-подростков и девочек-подростков 2 подгруппы по возрастам

возраст	мальчики-подростки		девочки-подростки		всего	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
12 лет	2	2,1	-	-	2	2,1
13 лет	4	4,2	3	3,6	7	7,4
14 лет	4	4,2	13	13,7	17	17,9
15 лет	18	19,0	11	11,6	29	30,5
16 лет	17	17,9	12	12,6	29	30,5
17 лет	7	7,4	4	4,2	11	11,6
18 лет	-	-	-	-	-	-
Всего	52	54,7	43	45,3	95	100,0

Анализ таблицы 6 свидетельствует о том, что среди 14-летних пациентов достоверно преобладали девочки-подростки ($\chi^2=6,7$, $p<0,05$). Во всех остальных возрастах мальчики-подростки и девочки-подростки были представлены равномерно ($p>0,05$ по критерию χ^2 Пирсона). Отмеченные закономерности наглядно отражены на рисунке 5.

3 подгруппа. 3 подгруппу составили 57 пациентов с диагнозом «Употребление алкоголя с вредными последствиями (ВП)» (F 10.1). Средний возраст пациентов составил $15,4\pm 0,2$ года. Среди пациентов 3 подгруппы было 27 мальчиков-подростков и 30 девочек-подростков. Количество мальчиков-подростков и девочек-подростков достоверно не различалось ($p>0,5$ по биномиальному критерию).

Средний возраст мальчиков-подростков составил $16,0\pm 0,2$ года. Он достоверно превышал средний возраст девочек-подростков – $14,9\pm 0,2$ года ($p<0,005$ по критерию U Манна-Уитни).

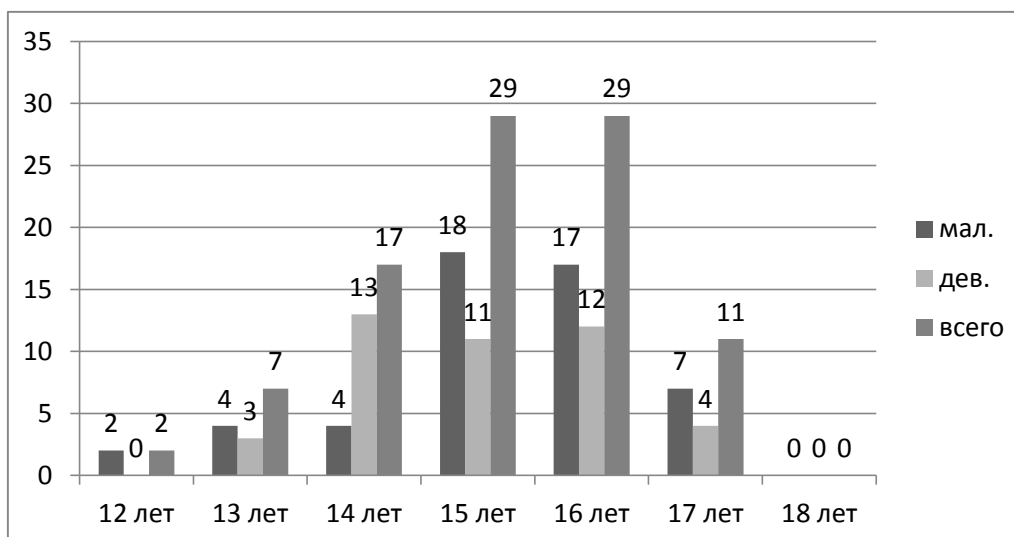


Рисунок 5. Количество мальчиков-подростков и девочек-подростков 2 подгруппы в зависимости от возраста.

Распределение мальчиков-подростков и девочек-подростков 3 подгруппы по возрастам представлено в таблице 7.

Таблица 7 – Распределение мальчиков-подростков и девочек-подростков 3 подгруппы по возрастам

возраст	мальчики-подростки		девочки-подростки		всего	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
13 лет	-	-	3	4,3	3	5,3
14 лет	2	3,5	6	10,5	8	14,0
15 лет	7	12,3	15	26,3	22	38,6
16 лет	10	17,5	3	5,3	13	22,8
17 лет	5	8,8	3	5,3	8	14,0
18 лет	3	5,3	-	-	3	5,3
Всего	27	47,4	30	52,6	57	100,0

Анализ таблицы 7 свидетельствует о том, что среди 16-летних пациентов достоверно преобладали мальчики-подростки ($\chi^2=4,5$, $p<0,05$). Во всех остальных возрастах мальчики-подростки и девочки-подростки были представлены

равномерно ($p > 0,05$ по критерию χ^2 Пирсона). Отмеченные закономерности наглядно отражены на рисунке 6.

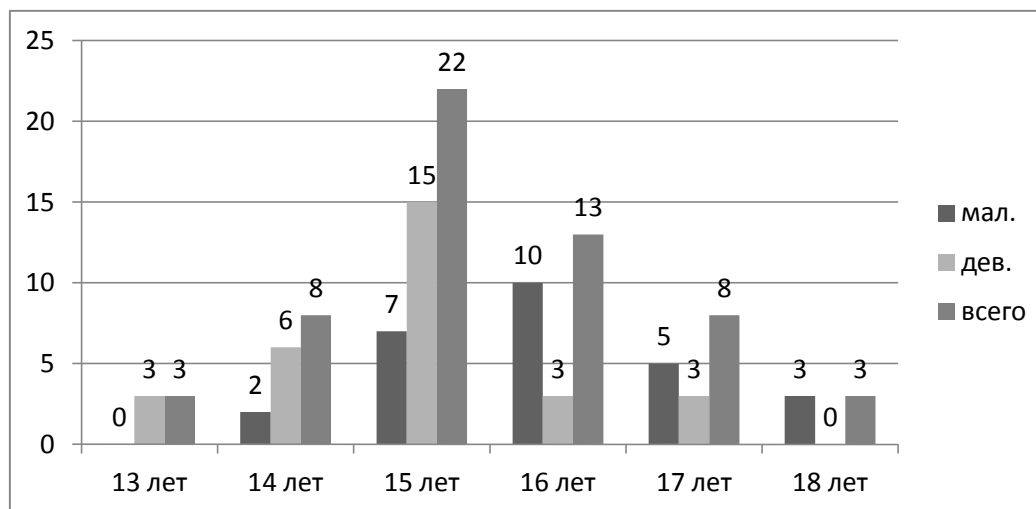


Рисунок 6. Количество мальчиков-подростков и девочек-подростков 3-й подгруппы в зависимости от возраста.

4 подгруппа. 4 подгруппу составили 52 пациента с диагнозом «Употребление стимуляторов с вредными последствиями (ВП)» (F 15.1).

Средний возраст пациентов составил $15,1 \pm 0,2$ года. Среди пациентов 4 подгруппы было 28 мальчиков-подростков и 24 девочки-подростка. Количество мальчиков-подростков и девочек-подростков достоверно не различалось ($p > 0,5$ по биномиальному критерию).

Средний возраст мальчиков-подростков составил $14,9 \pm 0,2$ года, средний возраст девочек-подростков – $15,2 \pm 0,3$ года. Средние возраста мальчиков-подростков и девочек-подростков 4 подгруппы достоверно не различались ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни).

Распределение мальчиков-подростков и девочек-подростков 4 подгруппы по возрастам представлено в таблице 8.

Анализ таблицы 8 показывает, что пациенты 4 подгруппы во всех возрастах были равномерно представлены по полу ($p > 0,05$ по критерию χ^2 Пирсона). Отмеченные закономерности наглядно отражены на рисунке 7.

Таблица 8 – Распределение мальчиков-подростков и девочек-подростков 4 подгруппы по возрастам

возраст	мальчики-подростки		девочки-подростки		всего	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
13 лет	1	1,9	2	3,8	3	5,8
14 лет	7	13,5	6	11,5	13	25,0
15 лет	13	25,0	6	11,5	19	36,5
16 лет	6	11,5	6	11,5	12	23,1
17 лет	1	1,9	4	7,7	5	9,6
Всего	28	53,8	24	46,2	52	100,0

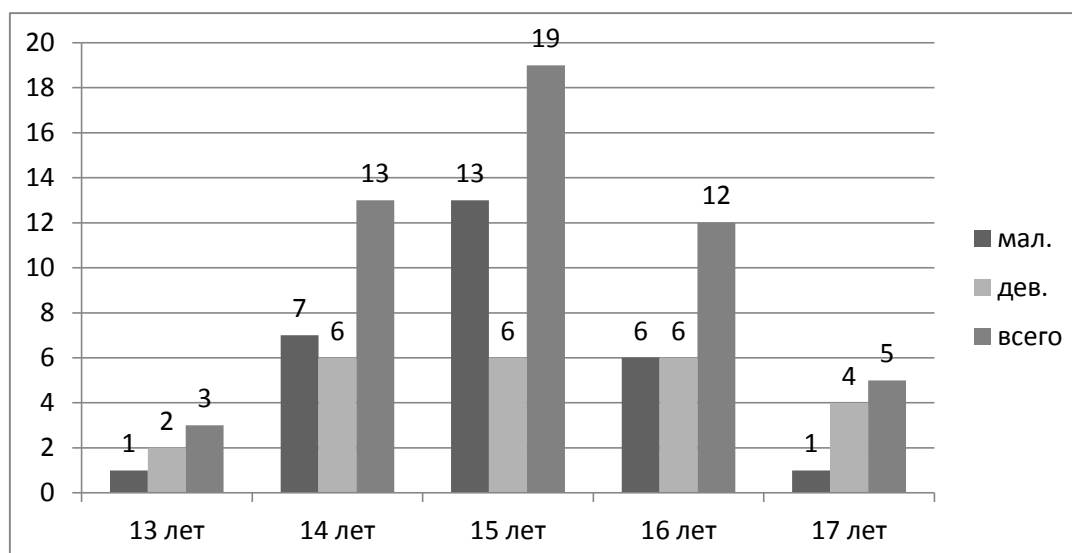


Рисунок 7. Количество мальчиков-подростков и девочек-подростков 4 подгруппы в зависимости от возраста.

Сравнение подгрупп по возрасту. Средние возраста 4 подгрупп представлены в таблице 9, а достоверность их различий в таблице 10. Из таблицы 10 видно, что средний возраст пациентов 1 подгруппы достоверно преобладал над средними возрастами 2 и 4 подгрупп. Таким образом, пациенты, употребляющие опиоиды с ВП, были старше пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП, и пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП. Средние возраста

мальчиков-подростков и девочек-подростков пациентов разных подгрупп представлены в таблице 11.

Таблица 9 – Средние возраста клинических подгрупп

№	подгруппы	Среднее значение	Стандартное отклонение
1	Употребление опиоидов с ВП	15,6	1,2
2	Употребление летучих растворителей с ВП	15,2	1,2
3	Употребление алкоголя с ВП	15,4	1,2
4	Употребление стимуляторов с ВП	15,1	1,1

Таблица 10 – Достоверность различий средних возрастов подгрупп по критерию U Манна-Уитни

подгруппы	2	3	4
1	0,010 *	0,221	0,004 *
2		0,336	0,463
3			0,123

Таблица 11 – Сравнение средних возрастов мальчиков-подростков и девочек-подростков разных подгрупп

№	подгруппы	мальчики-подростки		девочки-подростки		p
		Среднее значение	Станд. отклон.	Среднее значение	Станд. отклон.	
1	Употребление опиоидов с ВП	15,6	1,14	15,7	1,22	p>0,5
2	Употребление летучих растворителей с ВП	15,3	1,25	15,0	1,12	p>0,1
3	Употребление алкоголя с ВП	16,0	1,11	14,9	1,06	p<0,001 *
4	Употребление стимуляторов с ВП	14,9	0,88	15,2	1,24	p>0,5

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

Анализ таблицы 11 свидетельствует, что средние возраста мальчиков-подростков и девочек-подростков отличались только в 3 подгруппе. Достоверно преобладал средний возраст мальчиков-подростков.

Различия средних возрастов мальчиков-подростков разных подгрупп представлены в таблицах 12. Различия средних возрастов девочек-подростков разных подгрупп представлены в таблицах 13. Анализ таблиц представлен ниже по тексту.

Таблица 12 – Достоверность различий средних возрастов мальчиков-подростков по критерию U Манна-Уитни (указано значение риска ошибки)

подгруппы	2	3	4
1	0,267	0,198	0,016 *
2		0,024 *	0,105
3			0,001 **

Таблица 13 – Достоверность различий средних возрастов девочек-подростков по критерию U Манна-Уитни (указано значение риска ошибки)

подгруппы	2	3	4
1	0,009 *	0,005 *	0,096
2		0,650	0,637
3			0,415

Заключение по возрастному и половому распределению клинических подгрупп. Пациенты выделенных клинических подгрупп в целом характеризовались равномерными половыми и возрастными показателями. Исключение оставила 3 подгруппа (употребление алкоголя с ВП), где средний возраст мальчиков-подростков статистически превышал средний возраст девушек. Количество представителей разных полов в целом имело равномерное распределение в разных возрастах. Исключение составил 14-летний возраст во 2 подгруппе, где достоверно преобладали девочки-подростки, и 16-летний возраст в 3 подгруппе, где достоверно преобладали мальчики-подростки. Средние возраста пациентов всех клинических подгрупп соответствовали отметке 15 лет. Средний

возраст пациентов 1 подгруппы достоверно превышал таковой во 2 и 4 подгруппах. Средний возраст мальчиков-подростков разных подгрупп в большинстве случаев достоверно не различался. Исключение составила 4 подгруппа, где средний возраст был меньше по сравнению с 1 и 3 подгруппами, и 2 подгруппа, средний возраст в которой был достоверно меньше, чем в 3 подгруппе. Средний возраст девочек-подростков разных подгрупп в большинстве случаев также достоверно не различался. Исключение составила 1 подгруппа, которая отличалась большими показателями по сравнению со 2 и 3 подгруппами.

Распределение основной группы на возрастные группы. Для решения поставленных задач исследования основная группа была разделена на 2 возрастные группы. Младшую возрастную группу составили пациенты в возрасте 12-15 лет. Старшую возрастную подгруппу составили пациенты 16-17 лет. Основанием для выделения 2 возрастных групп послужили данные о периодизации подросткового возраста [112].

Средний возраст старшей возрастной группы ($14,5 \pm 0,7$ года) достоверно превышал младшую ($16,4 \pm 0,6$ года) ($p > 0,001$ по критерию U Манна-Уитни).

Младшую возрастную группу составили 163 пациента, старшую – 130 пациентов. Количество пациентов младшей и старшей возрастных групп достоверно не различались ($p > 0,5$ по биномиальному критерию).

Распределение пациентов младшей и старшей возрастных групп по полу представлено в таблице 14.

Достоверного различия между числом мальчиков-подростков и девочек-подростков в разных возрастных группах не выявлено ($\chi^2 = 1,9$, $p > 0,1$). Количество мальчиков-подростков и девочек-подростков внутри каждой группы также достоверно не различалось ($p > 0,5$ и $p > 0,1$ по биномиальному критерию соответственно для каждой подгруппы).

Таблица 14 – Распределение пациентов младшей и старшей возрастных групп по полу

№	группы	Мальчики-подростки		Девочки-подростки	
		абс.	в %	абс.	в %
1	Младшая	77	51,3	86	60,1
2	Старшая	73	48,7	57	39,9
	Всего	150	100,0	143	100,0

2.2. Методы исследования

Для решения поставленных задач исследования применялся клиничко-психопатологический, клиничко-амнестический и психометрический методы.

1) **«Низонжеровский опросник оценки поведения детей».** Для изучения форм РП использовался «Низонжеровский опросник оценки поведения детей», представляющий собой адаптированную методику «The Nisonger Child Behavior Rating Form (for typical IQ (NCBRF-TIQ))» [185]. Использовалась версия опросника для детей с нормальным интеллектуальным развитием – NCBRF, TIQ version. Диагностический подход, положенный в основу методики NCBRF, базируется на критериях МКБ-10. Содержание вопросов адресовано родителям и направлено на количественную оценку симптомов расстройств, соответствующих диагностическим рубрикам F 90 «Гиперкинетическое расстройство», F 91 «Расстройства поведения» и F 92 «Смешанные расстройства поведения и эмоций». Текст опросника состоит из 66 вопросов. 10 из них выявляют «позитивные» формы поведения, 56 – «негативные» его форм. Каждый ответ оценивается по 4-балльной шкале в зависимости от степени согласия/несогласия с утверждением или частотой встречаемости признака (0, 1, 2, 3). Результаты, согласно оригинальной версии опросника, группируются по следующим шкалам: 1) «Позитивное поведение»; 2) «Расстройства поведения»; 3) «Оппозиция»; 4) «Сенситивность»; 5) «Гиперактивность»; 6) «Невнимательность»; 7) «Эмоциональные нарушения».

«Низонжеровский опросник оценки поведения детей» (версия для нормального интеллектуального развития) (The Nisonger Child Behavior Rating Form (for typical IQ (NCBRF-TIQ)) [185] был создан на базе первоначальной версии для детей с нарушением интеллекта и развития, которая была представлена в 2-х вариантах – версия для родителей и для учителей [184]. Все версии NCBRF показали удовлетворительные и отличные психометрические характеристики. Высокая согласованность между факторами получена во французской и оригинальной версиях [615]. Показана высокая ретестовая надежность методики [367]. Опросник был успешно использован при исследовании терапии рисперидоном детей и подростков с агрессивным поведением и низким интеллектом [183, 338, 589].

Адаптированный перевод на русский язык оригинального текста опросника представлен в приложении № 1.1. Результаты изучения факторной структуры и надежности опросника представлены в главе 4.

2) Опросник «Диагностика употребления психоактивных веществ подростками (европейская версия)» («ЕвроАДАД»). Для изучения количественных показателей употребления ПАВ и алкоголя и тяжести его последствий использована методика «Euro Adolescent Drug Abuse Dialogue (Euro-ADAD)» [300], основанная на более ранней американской версии – «The Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD)» [362]. Кроме указанных вариантов в настоящее время еще существует франкоязычная версия [225, 271].

Методика включает в себя 8 шкал: 1) шкала «Физическое здоровье/болезнь»; 2) шкала «Школьное обучение/занятость»; 3) шкала «Общественное поведение»; 4) Шкала «Семейные взаимоотношения»; 5) шкала «Психическая адаптация/психопатология»; 6) шкала «Противоправные действия»; 7) шкала «Употребление наркотиков»; 8) шкала «Употребление алкоголя». Методика показала высокую ретестовую надежность [362] и внутреннюю согласованность [225].

Существует 2 основных способа оценки результатов теста АДАД. Это – «рейтинг тяжести» (severity ratings, SR) и «суммарный балл» (composite scores,

CS) [225, 362]. Кроме них существуют и другие способы оценки – «рейтинг пациента» (AR) и «критические пункты» (CI) [231].

Учитывая, что применение композитного балла требует стандартизации количественных показателей каждой шкалы (перекодировка и расчет удельного веса каждого пункта, в том числе «критических» пунктов шкал), для решения задач настоящего исследования использовалась только «рейтинг тяжести интервьюера» [231, 232, 271, 590]. Он представляет собой экспертную оценку на основании объективной информации, предоставленной пациентом (подростком) по каждой шкале, и его субъективного мнения о тяжести собственных аддиктивных «проблем» и необходимости лечения. Для расчета «рейтинга тяжести» используется 2-ступенчатый метод. На первом шаге исследователь собирает всю объективную информацию на основании стандартных вопросов шкал и «рейтинг пациента», основанного на его мнении о тяжести собственных проблем и необходимости лечения (2 рейтинга, измеряемые в 4-балльной шкале от 0 до 3). Опираясь на «рейтинг пациента» и на объективную информацию, полученную от пациента, исследователь выставляет свой рейтинговый балл и переводит его в 10-балльную шкалу из расчета: 1 балл рейтинга пациента равен 2-3 баллам рейтинга исследователя. При этом рейтинг пациента, на который опирается исследователь, исходя из анализа объективных данных может быть как уменьшен, так и увеличен.

В связи с тем, что «рейтинг тяжести исследователя» подразумевает оценку по 10-балльной шкале (от 0 до 9 баллов), он может рассматриваться как числовая ранговая шкала интервального типа, что делает возможным применение к этому показателю параметрических методов статистики (расчет среднего арифметического, t - и F -критериев и применение методов, основанных на линейной корреляции) [116]. В различных исследованиях неоднократно указывалось на высокую и умеренную корреляцию между показателями «рейтинга тяжести» и «композитной оценки» [225, 362], а также между «рейтингом тяжести» и другими инструментами оценки [404]. Адаптированный перевод методики «Евро-АДАД» представлен в приложении № 1.2.

3) **«Клинико-анамнестическая анкета расстройств поведения».** Эта анкета использовалась для изучения клинических проявлений расстройств поведения у детей и подростков в разные возрастные периоды, в том числе в раннем, дошкольном и школьном возрасте. Исследовалась распространенность ранних симптомов. Методологическим основанием для исследования ранних признаков поведенческих расстройств послужили многочисленные данные литературы о связи ранних поведенческих реакций с клиническими проявлениями «классических» подростковых РП [212, 265, 272, 332, 416, 577, 640], существовании разных подтипов РП в зависимости от сроков их начала [253, 323, 325, 498]. Данный подход соответствует современным представлениям о РП как о непрерывном процессе, охватывающем весь период детства и заканчивающемся в зрелом возрасте формированием антисоциального расстройства личности [216, 334, 360, 649].

Анкету составили вопросы, выявляющие симптомы следующих РП: «Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи» (F 91.0), «Несоциализированное расстройство поведения» (F 91.1), «Социализированное расстройство поведения» (F 91.2), «Оппозиционно-вызывающее расстройство» (F 91.3), а также признаки «Гиперкинетического расстройства» в случае, если оно сопровождается выраженными поведенческими отклонениями (включаются признаки рубрики «Гиперкинетического расстройства поведения» F 90.1, исключается рубрика «Нарушение активности и внимания» F 90.0). В перечень вопросов были также включены признаки расстройств социального функционирования, начинающегося в раннем возрасте (рубрика «Расстройства социального функционирования с началом, специфичным для детского и подросткового возраста» (F 94), «Реактивное расстройство привязанности детского возраста» (F 94.1) и «Расторможенное расстройство привязанности» (F 94.2). Основанием для этого являются работы, посвященные взаимосвязи нарушений ранних детско-родительских отношений и дальнейших расстройств поведения, делинквентности, антисоциальных личностных установок.

Анкета адресована родителю подростка (матери или отцу) или близкому родственнику. Каждый из вопросов выявлял симптом той или иной формы расстройств поведения. В результате чего было сформировано 5 блоков вопросов: 1) «Гиперкинетический» блок; 2) «Оппозиционно-протестный» блок; 3) Блок «Агрессивность»; 4) Блок «Реактивное расстройство привязанности»; 5) Блок «Расторможенное расстройство привязанности». Последовательность перечисления вопросов в анкете носила случайный характер. В связи с тем, что в настоящий момент не разработана балльно-рейтинговая оценка пунктов опросника, для расчета количественных характеристик распространенности симптомов использовались непараметрические критерии. Полный текст анкеты с инструкцией представлен в приложении № 1.3.

4) **«Индекс жизненного стиля».** Методика использовалась для изучения механизмов психологической защиты [141]. Согласно методике, выявляются 8 основных типов психологической защиты: отрицание, вытеснение, регрессия, компенсация, проекция, замещение, интеллектуализация, реактивные образования. Сырые баллы каждой шкалы переводятся в стандартные баллы. Рассчитывается степень напряженности защит (сумма сырых баллов по всем шкалам).

5) **«Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями».** Методика использовалась для изучения типов совладающего поведения [118]. Она изучает 8 основных способов совладания: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка. Данные по каждой шкале переводятся в стандартные баллы.

6) **«Типы отношения к болезни» (ТОБОЛ).** Методика использовалась для изучения типов отношения к болезни у ВИЧ-инфицированных [142]. В рамках данной методики диагностируются 12 основных типов отношения к болезни, разделенных на 3 блока. 1-ый блок включает гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни. Для них характерна сохранная

социальная адаптация, связанная с адекватной оценкой тяжести и последствий болезни, стремлением ее преодолеть, либо неприятием «роли» больного, «уходом в работу», отрицанием заболевания и сохранением социального функционирования. 2-ой блок составляют тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический типы. Для них характерно дезадаптивное отношение к заболеванию: тревожность, подавленность в связи болезнью, «уход» в болезнь, «капитуляция» перед ней (интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь). 3-ий блок составляют сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический типы отношения к болезни. Они отличаются интерпсихическим реагированием на болезнь, включающим в себя сокрытие заболевания, использование его для достижения личных целей, паранойяльные построения при объяснении его причин и т. п.

7) **Методика «Тест руки»** [108]. Относится к проективным методикам. Выявляет существенные и относительно устойчивые свойства личности. Методологический подход к изучению агрессии в рамкой данной методики базируется на положении о том, что главной детерминантой открытого агрессивного поведения является недоразвитие установок социального сотрудничества. Таким образом, «Тест руки» исследует агрессию прежде всего как усвоенный образец поведения, являющийся следствием недостаточного развития социальных механизмов самоконтроля, в том числе альтернативных агрессии форм поведения.

8) **«Опросник мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ»**. Представляет собой адаптированный перевод опросника «The Drinking Motives Questionnaire-Revised (DMQR)» [284]. Опросник использовался для выявления ведущих мотивов употребления алкоголя и психоактивных веществ. Использовалась 4-шкальная версия, состоящая из 20 пунктов. В настоящее время опросник адаптирован в условиях 13 европейских стран [434]. Во всех версиях доказана 4-х шкальная структура опросника. Адаптированный перевод опросника

представлен в приложении № 1.4. Результаты изучения факторной структуры и надежности опросника представлены в главе 8.

9) **Методика «Подростки о родителях»** [33]. Использовалась для оценки отношения родителей (отдельно отца и матери) к подросткам на основании согласия/несогласия/частичного согласия с 50 стандартными утверждениями, которые отражают характер этих отношений. Результаты интерпретируются по следующим шкалам: шкала «Позитивного интереса», шкала «Директивности», шкала «Враждебности», шкала «Автономности», шкала «Непоследовательности». Данные, полученные по различным шкалам, переводятся в стандартные баллы (от 1 до 5), которые в дальнейшем подлежат интерпретации.

10) **Методика «Измерение родительских установок и реакций»** в адаптации Т. В. Архиреевой [145]. Использовалась для изучения отношения к материнству у девочек-подростков. Методика представляет собой русскоязычный адаптированный вариант методики «PARI (parental attitude research instrument)» E. S. Schaefer, R. Q. Bell [572] и предназначена для изучения отношения к разным сторонам семейной жизни. Изучается 23 аспекта-признака, касающиеся разных сторон отношения родителей к ребенку и жизни в семье. Из них 8 признаков описывают отношение к семейной роли, а 15 касаются родительско-детских отношений. Эти 15 признаков делятся на 3 группы: 1) оптимальный эмоциональный контакт; 2) излишняя эмоциональная дистанция с ребенком; 3) излишняя концентрация на ребенке. Отличительной особенностью опросника является направленность на изучение наиболее общих родительских установок, не связанных с воспитанием конкретного ребенка. Испытуемые выражают свое мнение относительно воспитания детей вообще.

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 знаковых рангов Т-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.

ГЛАВА 3. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

3.1. Отягощенная наследственность

Данные об отягощенной наследственности наркологическими заболеваниями пациентов основной группы и группы сравнения представлены в таблице 15.

Таблица 15 – Данные об отягощенной наследственности основной группы и группы сравнения

№	наследственность/ группа	основная группа		группа сравнения	
		абс.	в %	абс.	в %
1	Неотягощенная наследственность	19	6,5	20	41,7
2	Отягощенность по одной линии	151	51,5	26	54,2
3	Отягощенность по обеим линиям	123	42,0	2	4,2
Всего		293	100,0	48	100,0

Анализ таблицы 15 свидетельствует, что основная группа отличалась от группы сравнения достоверно меньшими показателями неотягощенной наследственности ($\chi^2=45,0$, $p<0,001$) и большими показателями отягощенности по обеим линиям ($\chi^2=23,8$, $p<0,001$).

Как в основной группе, так и в группе сравнения отмечались внутригрупповые различия по наследственной отягощенности. В основной группе отягощенная наследственность по одной линии и отягощенная наследственность по двум линиям достоверно преобладала над неотягощенной наследственностью ($p<0,001$ и $p<0,001$ по биномиальному критерию соответственно). В группе сравнения отягощенная наследственность по двум линиям встречалась достоверно реже, чем неотягощенная наследственность и отягощенная

наследственность по одной линии ($p < 0,005$ и $p < 0,001$ по биномиальному критерию соответственно).

Данные о наследственности пациентов разных клинических подгрупп и группы сравнения представлены в таблице 16 и рисунке 8.

Таблица 16 – Данные о наследственности пациентов клинических подгрупп и группы сравнения

№	наследственность/ подгруппа	1 под- группа		2 под- группа		3 под- группа		4 под- группа		Группа сравнения	
		абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
1	Неотягощенная наследственность	8	9,0	8	8,4	-	-	3	5,8	20	41,7
2	Отягощенность по одной линии	52	58,4	38	40,0	24	42,1	37	71,2	26	54,2
3	Отягощенность по обеим линиям	29	32,6	49	51,6	33	57,9	12	23,1	2	4,2
Всего		89	100,0	95	100,0	57	100,0	52	100,0	48	100,0

Внутригрупповые сравнения. В 1 подгруппе наследственная отягощенность аддиктивными заболеваниями по одной линии достоверно преобладала над отягощенностью по обеим линиям ($\chi^2=6,5$, $p < 0,05$) и неотягощенной наследственностью ($\chi^2=32,3$, $p < 0,001$). Во 2 подгруппе неотягощенная наследственность достоверно реже встречалась по сравнению с отягощенной наследственностью по одной линии ($\chi^2=19,6$, $p < 0,001$) и по обеим линиям ($\chi^2=29,5$, $p < 0,001$), при этом отягощенность по одной и по двум линиям достоверно не отличалась ($\chi^2=1,4$, $p > 0,1$). В 3 подгруппе наследственность наркологическими заболеваниями у всех пациентов была отягощена. При этом достоверного различия между отягощенной наследственностью по одной и по двум линиям не отмечалось ($\chi^2=1,4$, $p > 0,1$). В 4 подгруппе наследственная отягощенность по одной линии достоверно преобладала над неотягощенной наследственностью ($\chi^2=25,6$, $p < 0,001$) и отягощенной наследственностью по двум линиям ($\chi^2=12,0$,

$p < 0,05$). В группе сравнения отягощенность по двум линиям встречалась достоверно реже, чем по одной линии ($\chi^2 = 20,6$, $p < 0,01$) и чем неотягощенная наследственность ($\chi^2 = 14,7$, $p < 0,05$). При этом достоверного различия между отягощенностью по одной линии и неотягощенной наследственностью не отмечалось ($\chi^2 = 0,8$, $p > 0,1$).

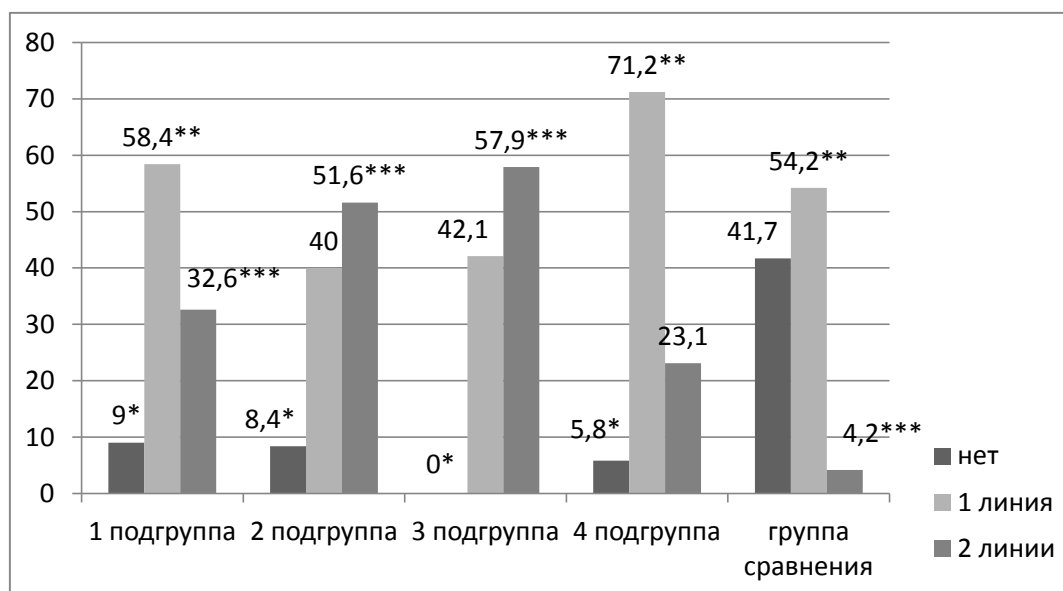


Рисунок 8. Данные о наследственности пациентов клинических подгрупп и группы сравнения.

Примечание:

- * – различия статистически достоверны по критерию χ^2 между количеством пациентов с неотягощенной наследственностью и отягощенной наследственностью по 1 линии;
- ** – различия статистически достоверны по критерию χ^2 между количеством пациентов с отягощенной наследственностью по 1 линии и отягощенной наследственностью по 2 линиям;
- *** – различия статистически достоверны по критерию χ^2 между количеством пациентов с отягощенной наследственностью по 2 линиям и неотягощенной наследственностью.

Межгрупповые сравнения. Основная группа отличалась от группы сравнения достоверно большей распространенностью отягощенной наследственности по двум линиям ($\chi^2 = 23,8$, $p < 0,005$) и достоверно меньшей распространенностью неотягощенной наследственности ($\chi^2 = 45,0$, $p < 0,001$).

Различия в количестве пациентов с неотягощенной наследственностью

между подгруппами и группой сравнения представлены в приложении 2 (таблица 231). Из таблицы 231 приложения 2 видно, что количество пациентов с неотягощенной наследственностью между подгруппами достоверно не отличалось. Показатель неотягощенная наследственность в группе сравнения был достоверно выше, чем во всех основных подгруппах.

Различия в количестве пациентов с отягощенной наследственностью по одной линии представлены в приложении 2 (таблица 232). Из таблицы 232 видно, что отягощенная наследственность по одной линии преобладает в 4 подгруппе, где она достоверно преобладает над 2 и 3 подгруппой.

Различия в количестве пациентов с отягощенной наследственностью по двум линиям представлены в приложении 2 (таблица 233). Из таблицы 233 видно, что отягощенная наследственность по двум линиям была достоверно меньше в группе сравнения, чем во всех подгруппах. Кроме того, отягощенная наследственность по обеим линиям была выше в 3 подгруппе по сравнению с 1, а в 4 меньше по сравнению со 2 и 3.

Наследственность и пол. Распределение данных отягощенной наследственности в зависимости от пола представлены в таблице 17.

Таблица 17 – Распределение отягощенной наследственности в зависимости от пола пациентов основной группы и группы сравнения

наследственность/ группа	основная группа				группа сравнения			
	мальчики- подростки		девочки- подростки		мужчины		женщины	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
Неотягощенная наследственность	6	4,0	13	9,0	11	52,4	9	33,3
Отягощенность по одной линии	76	7,6	75	52,4	10	47,6	16	59,3
Отягощенность по обеим линиям	68	50,7	5	38,5	-	-	2	7,4
Всего	150	100,0	143	100,0	21	100,0	27	100,0

Внутригрупповые сравнения. Анализ данных таблицы 17 свидетельствует, что в основной группе между мальчиками-подростками и девочками-подростками не было выявлено достоверных различий по показателям неотягощенной наследственности ($\chi^2=3,0$, $p>0,05$), отягощенной наследственности по одной линии ($\chi^2=0,1$, $p>0,5$) и отягощенной наследственности по двум линиям ($\chi^2=1,2$, $p>0,1$). В группе сравнения между мужчинами и женщинами достоверных различий также не обнаружено ($\chi^2=1,1$, $p>0,1$; $\chi^2=0,3$, $p>0,5$; $\chi^2=1,6$, $p>0,1$).

Межгрупповые сравнения. На основании данных таблицы 17 можно сказать, что у представителей мужского пола группы сравнения неотягощенная наследственность встречались чаще, чем в основной группе ($\chi^2=42,9$, $p<0,001$). У мальчиков-подростков основной группы была выше отягощенная наследственность по двум линиям ($\chi^2=13,9$, $p<0,01$). Подобная же закономерность отмечалась у девочек-подростков: в группе сравнения неотягощенная наследственность встречалась чаще, чем в основной группе ($\chi^2=8,8$, $p<0,05$), в основной группе отмечались более высокие показатели отягощенной наследственности по двум линиям.

Заключение по наследственной отягощенности. Таким образом, в основной группе в целом преобладали показатели отягощенной наследственности по одной и по двум линиям, которые между собой достоверно не различались. Исключение составила 3 подгруппа, где была более выражена отягощенность по двум линиям и 4 подгруппа, где преобладала отягощенность по одной линии. В группе сравнения отягощенность по двум линиям достоверно уступала показателю неотягощенной наследственности и отягощенности по одной линии. В основной группе в отличие от группы сравнения больше встречалась отягощенная наследственность по двум линиям и меньше была представлена неотягощенная наследственность. В 4 подгруппе отягощенность по одной линии была выше, чем в 2 и 3 подгруппах. Отягощенность по двум линиям более выражена в 3 подгруппе и меньше представлена в 4 подгруппе. Показатель наследственной отягощенности не различался по полу в основной группе и группе сравнения.

3.2. Семья

В таблице 18 представлены данные о типе семей пациентов основной группы и группы сравнения.

Таблица 18 – Типы семей в основной группе и в группе сравнения

№	семья / группа	основная группа		группа сравнения	
		абс.	в %	абс.	в %
1	Полная	39	13,3	14	29,2
2	Неполная:	150	51,2	34	70,8
	воспитание матерью	109	37,2	29	60,4
	воспитание отцом	41	13,9	5	10,4
3	Сирота/лишение прав	104	35,5	-	-
Всего		293	100,0	48	100,0

Анализ таблицы 18 свидетельствует, что пациенты основной группы и группы сравнения отличаются по типам семей. В группе сравнения больше полных семей ($\chi^2=6,7$, $p<0,05$), отсутствуют сироты (пациенты, чьи родители были лишены прав).

Типы семей у пациентов разных клинических подгрупп представлены в таблице 19 и рисунке 9.

Таблица 19 – Типы семей у пациентов разных клинических подгрупп

№	семья / подгруппа	1 подгруппа		2 подгруппа		3 подгруппа		4 подгруппа	
		абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
1	Полная	14	15,7	14	14,7	3	5,3	8	15,4
2	Неполная	50	56,2	36	37,9	25	43,9	39	75,0
3	Сирота/лишение прав	25	28,1	45	47,4	29	50,9	5	9,6
Всего		89	100,0	95	100,0	57	100,0	52	100,0

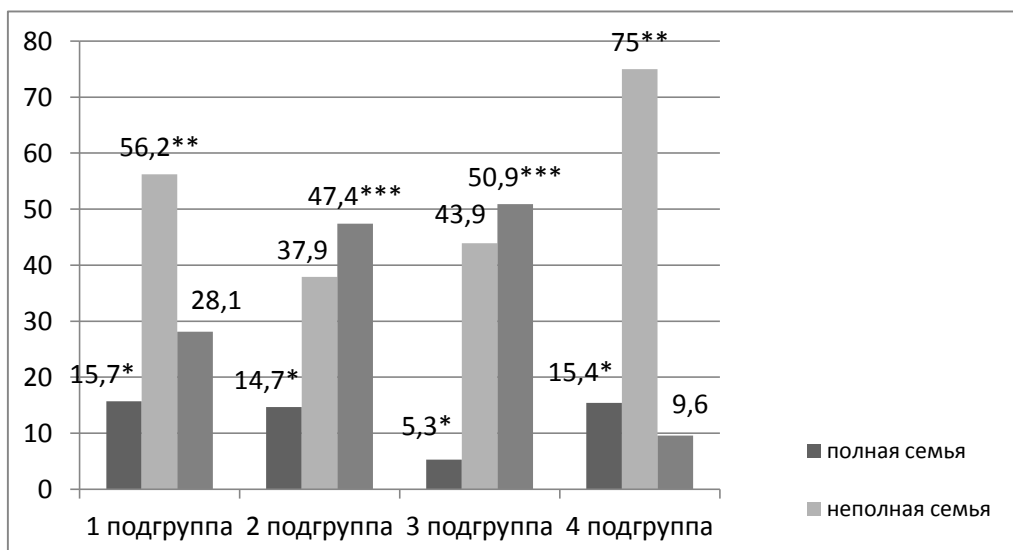


Рисунок 9. Типы семей у пациентов разных клинических подгрупп.

Примечание:

* – различия статистически достоверны по критерию χ^2 между количеством пациентов из полных и неполных семей;

** – различия статистически достоверны по критерию χ^2 между количеством пациентов из неполных семей и количеством сирот (пациентов, чьи родители были лишены прав);

*** – различия статистически достоверны по критерию χ^2 между количеством сирот (пациентов, чьи родители были лишены прав) и количеством пациентов из полных семей.

Внутригрупповые сравнения. Исходя из данных таблицы 19 и рисунка 9 можно сказать, что количество пациентов из полных семей было достоверно меньше по сравнению с неполными семьями по всем подгруппам ($p < 0,001$) и достоверно меньше по сравнению с пациентами-сиротами (пациентами, чьи родители были лишены прав) во 2 и 3 подгруппах. Количество пациентов из неполных семей было достоверно больше по сравнению с пациентами-сиротами (пациентами, чьи родители были лишены прав) в 1 и 4 подгруппах.

Межгрупповые сравнения. На основании данных таблицы 19 и рисунка 9 можно сказать, что число сирот (пациентов, чьи родители лишены прав) было выше во 2 подгруппе по сравнению с 1 ($\chi^2 = 6,5$, $p < 0,05$) и 4 ($\chi^2 = 7,2$, $p < 0,05$) и в 3 подгруппе по сравнению с 1 ($\chi^2 = 7,9$, $p < 0,05$) и 4 ($\chi^2 = 23,5$, $p < 0,005$). Эти же подгруппы отличаются и по количеству неполных семей. Их соответственно

больше в 1 и 4 подгруппах по сравнению с 2 и 3 ($p < 0,05$). Число пациентов с полными семьями по подгруппам не отличается ($p > 0,05$).

Распределение типов семей по полу представлено в таблице 20.

Таблица 20 – Распределение типов семей по полу

под- группа	пол	полная семья		неполная семья		сирота/ лишение прав		всего	
		абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
1	мал.	6	14,0	16	37,2	21	48,8	43	100,0
	дев.	8	17,4	34	73,9	4	8,7	46	100,0
2	мал.	8	15,4	22	42,3	22	42,3	52	100,0
	дев.	6	14,0	14	32,6	23	53,5	43	100,0
3	мал.	3	11,5	9	34,6	14	53,8	26	100,0
	дев.	-	-	16	51,6	15	48,4	31	100,0
4	мал.	-	-	24	82,8	5	17,2	29	100,0
	дев.	8	34,8	15	65,2	-	-	23	100,0

Из таблицы 20 следует, что в 1 подгруппе достоверно преобладают девочки-подростки из неполных семей ($\chi^2=10,7$, $p < 0,05$) и мальчики-подростки-сироты ($\chi^2=15,8$, $p < 0,01$), в 4 подгруппе – девочки-подростки из полных семей ($\chi^2=8,7$, $p < 0,05$).

3.3. Образование

В таблице 21 представлены данные об образовательных программах пациентов основной группы и группы сравнения.

Таблица 21 – Образовательная программа пациентов основной группы и группы сравнения

№	образовательное учреждение / группа	основная группа		группа сравнения	
		Абс.	В %	Абс.	В %
1	Массовая программа	101	34,5	20	41,7
2	Массовая программа с дублированием классов	70	23,9	2	4,2
3	Коррекционная программа обучения	98	33,4	4	8,3
4	Вспомогательная программа обучения	14	4,8	-	-
5	Обучение в вузе	4	1,4	4	8,3
6	Обучение в средне-профессиональном училище	6	2,0	18	37,5
Всего		293	100,0	48	100,0

Анализ таблицы 21 свидетельствует, что в группе сравнения пациенты чаще всего имели полное среднее, в том числе среднее профессиональное образование. В основной группе пациенты одинаково часто обучались по массовой и коррекционной программе ($\chi^2=0,1$, $p>0,1$). Показатель обучения массовой программы с дублированием классов был также высок (23,9%), но статистически отличался от массового обучения ($\chi^2=5,6$, $p<0,05$) и коррекционного ($\chi^2=4,7$, $p<0,05$) обучения.

В таблице 22 представлены данные об образовательных программах пациентов разных клинических подгрупп.

Анализ таблицы 22 свидетельствует, что во 2 подгруппе преобладают пациенты с коррекционной программой обучения ($\chi^2=8,8$, $p<0,01$). В 3 подгруппе пациенты с массовой программой обучения преобладают над коррекционным обучением ($\chi^2=5,8$, $p<0,05$). Подобная же закономерность наблюдается и в 4 подгруппе ($\chi^2=18,0$, $p<0,01$).

Распределение по полу пациентов, обучающихся по разным образовательным программам, представлено в таблице 23.

Таблица 22 – Образовательные программы пациентов разных клинических подгрупп

образовательное учреждение / группа	1 подгруппа		2 подгруппа		3 подгруппа		4 подгруппа	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
Массовая программа	23	25,8	23	24,2	27	47,4	28	53,8
Массовая программа с дублированием классов	20	22,5	16	16,8	18	31,6	15	28,8
Коррекционная программа обучения	34	38,2	48	50,5	12	21,1	4	7,7
Вспомогательная программа обучения	2	2,2	8	8,4	-	-	5	9,6
Обучение в вузе	4	4,5	-	-	-	-	-	-
Обучение в среднем профессиональном училище	6	6,7	-	-	-	-	-	-
Всего	89	100,0	95	100,0	57	100,0	52	100,0

Из таблицы 23 видно, что в 1 подгруппе по массовой программе достоверно чаще обучались девочки-подростки ($\chi^2=7,4$, $p<0,05$). Во 2 подгруппе обнаружена противоположная закономерность – по массовой программе достоверно чаще обучались мальчики-подростки ($\chi^2=5,6$, $p<0,05$). Девочки-подростки 2 подгруппы достоверно чаще обучались по коррекционной программе по сравнению с другими программами обучения ($p<0,05$). Мальчики-подростки 3 подгруппы достоверно чаще обучались по коррекционной программе по сравнению с девочками-подростками ($\chi^2=4,7$, $p<0,05$). Девочки-подростки 4 подгруппы достоверно чаще, чем мальчики-подростки обучались по коррекционной

программе ($\chi^2=5,1$, $p<0,05$), а мальчики-подростки по сравнению с девочками-подростками – по вспомогательной ($\chi^2=3,7$, $p<0,05$). Однако и среди мальчиков-подростков, и среди девочек-подростков преобладала массовая программа обучения ($p<0,05$).

Таблица 23 – Распределение по полу пациентов с разными образовательными программами

образовательное учреждение/группа		1 подгруппа		2 подгруппа		3 подгруппа		4 подгруппа	
		мал.	дев.	мал.	дев.	мал.	дев.	мал.	дев.
Массовая программа	аб.	5	18	18	5	11	15	17	11
	%	11,6	39,1	34,6	11,6	40,7	50,0	57,1	50,0
Массовая программа с дублированием классов	аб.	12	8	9	8	7	12	7	8
	%	27,9	17,4	17,3	18,6	25,9	40,0	25,0	33,3
Коррекционная программа обучения	аб.	18	15	21	26	9	3	1	3
	%	41,9	32,6	40,4	60,5	33,3	10,0	3,6	12,5
Вспомогательная программа обучения	аб.	2	-	4	4	-	-	3	2
	%	4,7	-	7,7	9,3	-	-	10,7	8,3
Обучение в вузе	аб.	4	-	-	-	-	-	-	-
	%	9,3	-	-	-	-	-	-	-
Обучение в среднепрофессиональном училище	аб.	2	5	-	-	-	-	-	-
	%	4,7	10,9	-	-	-	-	-	-
Всего	аб.	43	46	52	43	27	30	28	24
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3.4. Социальный статус

В таблице 24 представлены данные о социальном статусе пациентов основной группы и группы сравнения на момент обследования.

Таблица 24 – Социальный статус пациентов основной группы и группы сравнения

№	социальный статус/группа	основная группа		группа сравнения	
		абс.	в %	абс.	в %
1	Учащийся общеобразовательной школы	80	27,3	-	-
2	Учащийся среднепрофессионального училища	4	1,4	-	-
3	Работа	25	8,5	12	25,0
4	Не работает/не учится	155	52,9	36	75,0
5	Студент вуза	4	1,4	-	-
6	Вновь приступивший к обучению в школе после перерыва	25	8,5	-	-
Всего		293	100,0	48	100,0

Обозначенные в таблице 24 отличия социального статуса пациентов основной группы и группы сравнения объясняются их возрастными различиями. Как в основной группе ($\chi^2=23,9$, $p<0,001$), так и в группе сравнения ($\chi^2=12,0$, $p<0,01$) статистически преобладают пациенты, не работающие и не учащиеся.

Распределение социального статуса пациентов по подгруппам представлено в таблице 25.

Анализ таблицы 25 свидетельствует, что в 4 подгруппе по сравнению с 1 и 2 преобладают пациенты, обучающиеся по массовой программе ($\chi^2=13,9$, $p<0,01$; $\chi^2=8,1$, $p<0,01$). В этой же подгруппе по сравнению с тремя другими было наименьшее число пациентов, не работающих/не учащихся ($\chi^2=25,4$, $p<0,001$; $\chi^2=12,5$, $p<0,001$; $\chi^2=8,8$, $p<0,05$) и наибольшее число по сравнению с другими подгруппами пациентов, вновь приступивших к обучению в школе после перерыва ($\chi^2=9,5$, $p<0,01$; $\chi^2=7,3$, $p<0,01$; $\chi^2=5,8$, $p<0,05$).

Распределение социального статуса пациентов по полу представлено в таблице 26.

Таблица 25 – Распределение социального статуса пациентов по подгруппам

социальный статус/подгруппа	1 подгруппа		2 подгруппа		3 подгруппа		4 подгруппа	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
Учащийся общеобразовательной школы	14	15,7	21	22,1	21	36,8	24	46,2
Учащийся среднего профессионального училища	-	-	4	4,2	-	-	-	-
Работа	9	10,1	12	12,6	-	-	5	9,6
Не работает/не учится	61	68,5	52	54,7	30	52,6	12	23,1
Студент вуза	1	1,1	-	-	3	5,3	-	-
Вновь приступивший к обучению в школе после перерыва	4	4,5	6	6,3	3	5,3	11	21,2
Всего	89	100,0	95	100,0	57	100,0	52	100,0

На основании данных таблицы 26 можно сказать, что во 2 подгруппе число работающих мальчиков-подростков достоверно преобладает над девочками-подростками ($\chi^2=4,5$, $p<0,05$). В 3-й подгруппе число учащихся по массовой программе девочек-подростков достоверно преобладает над мальчиками-подростками ($\chi^2=12,6$, $p<0,01$), а число неработающих и не учащихся мальчиков-подростков преобладает над девочками-подростками ($\chi^2=4,1$, $p<0,05$).

Таблица 26 – Распределение социального статуса пациентов по полу

социальный статус/под-группа		1 подгруппа		2 подгруппа		3 подгруппа		4 подгруппа	
		мал.	дев.	мал.	дев.	мал.	дев.	мал.	дев.
Учащийся общеобразовательной школы	аб.	8	6	8	13	3	18	15	9
	%	18,6	13,0	15,4	30,2	11,1	60,0	53,6	37,5
Учащийся среднепрофессионального училища	аб.	-	-	2	2	-	-	-	-
	%	-	-	3,8	4,7	-	-	-	-
Работа	аб.	3	6	10	2	-	-	5	-
	%	7,0	13,0	19,2	4,7	-	-	17,9	-
Не работает/не учится	аб.	31	30	26	26	18	12	3	9
	%	72,1	65,2	50,0	60,5	66,7	40,0	10,7	37,5
Студент вуза	аб.	1	-	-	-	3	-	-	-
	%	2,3	-	-	-	11,1	-	-	-
Вновь приступивший к обучению в школе после перерыва	аб.	-	4	6	-	3	-	5	6
	%	-	8,7	11,5	-	11,1	-	17,9	25,0
Всего	аб.	43	46	52	43	27	30	28	24
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3.5. Место проживания

В таблице 27 представлены сведения о месте проживания пациентов основной группы и группы сравнения.

Из таблицы 27 видно, что пациенты основной группы и группы сравнения не различаются по проценту проживающих в семье ($\chi^2=0,3$, $p>0,5$). Преобладание в основной группе пациентов, находящихся в побеге или приюте ($\chi^2=75,7$,

$p < 0,001$), а в группе сравнения пациентов, проживающих с партнером ($\chi^2=72,0$, $p < 0,001$), связано с возрастными особенностями изучаемых больных.

Таблица 27 – Место проживания пациентов основной группы и группы сравнения

№	Место проживания/группа	основная группа		группа сравнения	
		абс.	в %	абс.	в %
1	Семья	134	45,7	20	41,7
2	Интернат	24	8,2	-	-
3	Побег из дома / приют	109	37,2	-	-
4	Проживание с партнером	26	8,9	28	58,3
Всего		293	100,0	48	100,0

Внутри основной группы количество семейных пациентов достоверно преобладало над проживающими в интернате ($\chi^2=33,3$, $p < 0,001$) и проживающих с партнером ($\chi^2=33,1$, $p < 0,001$). Количество семейных и находящихся в побеге/приюте достоверно не различалось ($p > 0,05$).

Распределение места проживания пациентов по подгруппам представлено в таблице 28.

Таблица 28 – Распределение места проживания пациентов по подгруппам

место проживания/ подгруппа	1 подгруппа		2 подгруппа		3 подгруппа		4 подгруппа	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
Семья	40	44,9	23	24,2	27	47,4	44	84,6
Интернат	8	9,0	10	10,5	3	5,3	3	5,8
Побег из дома / приют	22	24,7	58	61,1	24	42,1	5	9,6
Проживание с партнером	19	21,3	4	4,2	3	5,3	-	-
Всего	89	100,0	95	100,0	57	100,0	52	100,0

Из таблицы 28 видно, что в 4 подгруппе число семейных пациентов достоверно выше по сравнению с другими подгруппами ($\chi^2=15,0$, $p < 0,001$), а число пациентов, находящихся в побеге, достоверно ниже ($\chi^2=16,8$, $p < 0,001$).

Распределение места проживания пациентов по полу представлено в таблице 29.

Таблица 29 – Распределение места проживания пациентов по полу

место проживания /подгруппа		1 подгруппа		2 подгруппа		3 подгруппа		4 подгруппа	
		мал.	дев.	мал.	дев.	мал.	дев.	мал.	дев.
Семья	аб.	10	30	18	5	15	12	25	19
	%	23,3	56,2	34,6	11,6	55,6	40,0	89,3	79,2
Интернат	аб.	8	-	2	8	-	3	3	-
	%	18,6	-	3,8	18,6	-	10,0	10,7	-
Побег из дома / приют	аб.	16	6	32	26	12	12	-	5
	%	37,2	13,0	61,5	60,5	44,4	40,0	-	20,8
Проживание с партнером	аб.	9	10	-	4	-	3	-	-
	%	20,9	21,7	-	9,3	-	10,0	-	-
Всего	аб.	43	46	52	43	27	30	28	24
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Из таблицы 29 видно, что в 1 подгруппе девочки-подростки, живущие в семьях, достоверно преобладали над мальчиками-подростками ($\chi^2=14,2$, $p<0,001$). Семейные девочки-подростки преобладали над девочками-подростками, живущими в других условиях ($p<0,05$). Во 2 подгруппе как среди мальчиков-подростков, так и среди девочек-подростков достоверно преобладали пациенты, находящиеся в побеге ($p<0,05$). В 4 подгруппе как среди мальчиков-подростков, так и среди девочек-подростков достоверно преобладали семейные пациенты ($p<0,05$). 1 подгруппа отличалась преобладанием среди представителей обоих полов пациентов, проживающих с партнерами ($p<0,05$).

Корреляционные связи анамнестических данных. Корреляционные связи между анамнестическими данными основной группы представлены в таблице 30 (использовался коэффициент корреляции V Крамера, вычисляемый на основе критерия независимости χ^2 таблиц сопряженности качественных признаков).

Таблица 30 – Корреляционные связи между анамнестическими данными основной группы (V Крамера и риск ошибки p)

	пол	наследствен- ность	тип семьи	образо- вание	соцстатус	место проживания
подгруппа	0,065 0,740	0,203 0,001	0,248 0,001	0,282 0,001	0,275 0,001	0,306 * 0,001
пол		0,123 0,109	0,127 0,093	0,156 0,210	0,170 0,134	0,117 0,263
наследствен- ность			0,550 * 0,001	0,404 * 0,001	0,357 * 0,001	0,369 * 0,001
тип семьи				0,495 * 0,001	0,397 * 0,001	0,331 * 0,001
образование					0,255 0,001	0,395 * 0,001
соцстатус						0,363 * 0,001

Примечание: * - умеренная корреляционная взаимосвязь.

Результаты, представленные в таблице 30, дают основание сделать некоторые выводы в отношении анамнестических данных исследованных пациентов. Так, имеющееся у пациента образование мало определяет настоящий социальный статус пациента (коэффициент корреляции V Крамера 0,255 – слабая корреляционная взаимосвязь). Большую роль в отношении данного показателя играет место проживания (коэффициент корреляции V Крамера 0,395 – умеренная корреляционная взаимосвязь). Вид употребляемого ПАВ с ВП определяет место проживания пациентов. Наиболее важными анамнестическими показателями являются наследственность, тип семьи и место проживания. Они умеренно коррелируют между собой, а также с образованием, соцстатусом и местом проживания (коэффициент корреляции V Крамера во всех случаях $> 0,300$ – умеренная корреляционная взаимосвязь). Пол пациентов не имеет статистически достоверных корреляций ни с одним социально-демографическим показателем.

Корреляционные связи между анамнестическими данными группы сравнения представлены в таблице 31.

Таблица 31 – Корреляционные связи между анамнестическими данными пациентов группы сравнения (V Крамера и риск ошибки p)

	наследствен- ность	тип семьи	образование	соцстатус	место проживания
пол	0,245 0,237	0,266 0,066	0,263 0,505	- 0,210 0,131	0,277 0,055
наследствен- ность		0,574 * 0,000	0,776 ** 0,000	0,363 * 0,042	0,445 * 0,009
тип семьи			0,464 * 0,035	0,053 0,714	0,015 0,915
образование				0,433 * 0,061	0,456 * 0,041
соцстатус					0,098 0,499

Примечание: * - умеренная корреляционная взаимосвязь

В группе сравнения наиболее значимым показателем, коррелировавшим с другими анамнестическими данными, явилась наследственность. Она сильно коррелировала с образованием (коэффициент корреляции V Крамера 0,766), умеренно коррелировала с типом семьи, соцстатусом и местом проживания (коэффициент корреляции V Крамера $> 0,300$). Образование умеренно коррелировало с типом семьи, соцстатусом и местом проживания (коэффициент корреляции V Крамера $> 0,300$). Пол пациентов, также как и в основной группе, статистически достоверных корреляций ни с одним социально-демографическим показателем не имел.

3.6. Возраст начала употребления психоактивных веществ

В таблице 32 представлены средние возраста начала употребления ПАВ пациентов основной группы и группы сравнения. Средний возраст начала употребления ПАВ у пациентов группы сравнения был достоверно выше по отношению к основной группе ($p < 0,001$ по критерию U Манна-Уитни).

Таблица 32 – Средний возраст начала употребления ПАВ пациентов основной группы и группы сравнения

№	группа	средний возраст	стандартное отклонение	средняя ошибка
1	Основная	13,3	1,2	0,1
2	Сравнения	17,2	2,7	0,4

Распределение возраста начала употребления ПАВ пациентов по подгруппам представлено в таблице 33.

Таблица 33 – Распределение возраста начала употребления ПАВ по подгруппам

возраст начала употребления ПАВ /подгруппа	1 подгруппа		2 подгруппа		3 подгруппа		4 подгруппа	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
10 лет	-	-	2	2,1	-	-	-	-
11 лет	4	4,5	12	12,6	3	5,3	-	-
12 лет	6	6,7	32	33,7	9	15,8	4	7,7
13 лет	33	37,1	21	22,1	27	47,4	12	23,1
14 лет	22	24,7	20	21,1	12	21,1	28	53,8
15 лет	18	20,2	8	8,4	6	10,5	8	15,4
16 лет	6	6,7	-	-	-	-	-	-
Всего	89	100,0	95	100,0	57	100,0	52	100,0

Средний возраст начала употребления ПАВ пациентов разных подгрупп представлен в таблице 34.

Таблица 34 – Средние возраста начала употребления ПАВ в разных подгруппах

№ подгруппы	средний возраст	стандартное отклонение	средняя ошибка
1	13,7	1,2	0,1
2	12,7	1,2	0,1
3	13,2	0,9	0,1
4	13,8	0,8	0,1

Достоверность различий по критерию U Манна-Уитни среднего возраста начала употребления ПАВ у пациентов разных подгрупп представлена в таблице 35 (указан риск ошибки).

Таблица 35 – Достоверность различий среднего возраста начала употребления ПАВ у пациентов разных подгрупп

подгруппы	2	3	4
1	0,001 **	0,006 **	0,544
2		0,022 *	0,001 **
3			0,001 **

Из таблицы 35 видно, что средние возраста начала употребления ПАВ пациентов 1 и 4 подгрупп достоверно превышали 2 и 3 подгруппы. Средний возраст пациентов 3 подгруппы достоверно превышал 2 подгруппу.

Средний возраст начала употребления ПАВ мальчиков-подростков и девочек-подростков представлены в таблице 36.

Из таблицы 36 видно, что употребление алкоголя у девочек-подростков начиналась достоверно раньше, чем у мальчиков-подростков ($p < 0,05$). Употребление стимуляторов начиналось достоверно раньше у мальчиков-подростков по сравнению с девочками-подростками ($p < 0,001$).

Таблица 36 – Средние возраста начала употребления ПАВ мальчиков-подростков и девочек-подростков

№ под- группы	мальчики-подростки		девочки-подростки		p по Манну- Уитни
	средний возраст	стандартное отклонение	средний возраст	стандартное отклонение	
1	13,6	1,2	13,8	1,3	0,339
2	12,9	1,4	12,6	0,9	0,355
3	13,4	0,8	12,9	1,1	0,032 *
4	13,3	0,7	14,3	0,5	0,001 **

3.7. Длительность употребления психоактивных веществ с вредными последствиями

Данные о длительности употребления ПАВ с ВП у пациентов основной группы и группы сравнения представлены в таблице 37 (значения указаны в годах).

Таблица 37 – Длительность употребления ПАВ с ВП у пациентов основной группы и группы сравнения

группы	пациенты мужского пола		пациенты женского пола		всего	
	среднее значение	стандартное отклонение	среднее значение	стандартное отклонение	среднее значение	станд. отклон.
Основная	2,2	0,9	1,9	1,1	2,0	1,0
Сравнения	6,2	1,3	5,7	2,0	5,9	1,7

Из таблицы 37 видно, что среднее значение длительности употребления ПАВ с ВП у пациентов группы сравнения достоверно превышало таковое у пациентов основной группы ($p < 0,001$ по критерию U Манна-Уитни). У мальчиков-подростков основной группы употребление ПАВ было длительнее по времени, чем у девочек-подростков ($p < 0,05$ по критерию U Манна-Уитни). Продолжительность употребления ПАВ у мужчин и женщин группы сравнения достоверно не отличалась ($p > 0,1$ по критерию U Манна-Уитни).

Длительность употребления ПАВ с ВП у пациентов разных подгрупп представлены в таблице 38 (значения указаны в годах).

Достоверность различий длительности употребления ПАВ с ВП между подгруппами представлено в таблице 39.

Из таблицы 39 видно, что наибольшая длительность употребления ПАВ с ВП отмечалась в подгруппах употребления алкоголя с ВП и употребления летучих растворителей с ВП. Наименьшая продолжительность отмечена у пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП. Средние значения длительности

употребления ПАВ с ВП у мальчиков-подростков и девочек-подростков разных подгрупп представлены в таблице 40.

Таблица 38 – Средняя длительность употребления ПАВ с ВП у пациентов разных подгрупп

подгруппы	средняя длительность употребления ПАВ, годы	стандартное отклонение	средняя ошибка
Употребление опиоидов с ВП	1,9	0,9	0,1
Употребление летучих растворителей с ВП	2,4	1,1	0,1
Употребление алкоголя с ВП	2,3	1,1	0,1
Употребление стимуляторов с ВП	1,5	0,6	0,1

Таблица 39 – Достоверность различий длительности употребления ПАВ в разных подгруппах по критерию U Манна-Уитни

подгруппы	2	3	4
1	0,001 **	0,038 *	0,044 *
2		0,220	0,001 **
3			0,001 **

Таблица 40 – Длительность употребления ПАВ с ВП у пациентов разного пола

подгруппы	мальчики-подростки		девочки-подростки		р по Манну- Уитни
	среднее значение	стандартное отклонение	среднее значение	стандартное отклонение	
Употребление опиоидов с ВП	1,9	0,9	1,9	0,9	0,707
Употребление летучих растворителей с ВП	2,4	0,9	2,4	1,3	0,691
Употребление алкоголя с ВП	2,6	1,2	2,0	0,9	0,060
Употребление	1,7	0,7	1,3	0,5	0,047 *

стимуляторов с ВП					

Из таблицы 40 видно, что в подгруппе пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП, продолжительность употребления ПАВ у мальчиков-подростков была достоверно выше по сравнению с девочками-подростками.

3.8. Инфицированность гепатитом С

Распространенность инфицированности гепатитом С представлена в таблице 41.

Из данных, приведенных в таблице 41, видно, что достоверных различий между пациентами разных полов по показателю инфицированности гепатитом С не обнаружено.

Распространенность инфицированности гепатитом С у пациентов разных подгрупп представлена в таблице 42.

Таблица 41 – Распространенность инфицированности гепатитом С в основной группе и группе сравнения

№	группы	пациенты мужского пола		пациенты женского пола		всего	
		абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
1	Основная	45	30,0	45	31,5	90	30,7
2	Сравнения	19	90,5	25	92,6	44	91,7

Таблица 42 – Распространенность инфицированности гепатитом С по подгруппам

подгруппа	1 подгруппа		2 подгруппа		3 подгруппа		4 подгруппа	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
Инфицированность гепатитом С	67	75,3	20	21,1	3	5,3	5	9,6
Всего	89	100,0	95	100,0	57	100,0	52	100,0

Инфицированность гепатитом С в подгруппе употребления опиоидов с ВП достоверно преобладала над другими подгруппами ($p < 0,001$), что связано с

инъекционным способом введения наркотика. Наличие инфицированных гепатитом С в группе пациентов, употребляющих летучие растворители, связано с половым путем передачи и эпизодами инъекционного употребления опиоидов и ненаркотических анальгетиков (буторфанол, стадол). Наличие инфицированности гепатитом в подгруппе употребления алкоголя и сочетанного употребления стимуляторов и каннабиноидов объясняется половым путем передачи.

Распространенность инфицированности гепатитом С у мальчиков-подростков и девочек-подростков представлено в таблице 43. Из таблицы 43 видно, что распространенность инфицированности гепатитом С среди мальчиков-подростков и девочек-подростков разных подгрупп достоверно не различалась ($p>0,05$).

Таблица 43 – Распространенность заболеваемости гепатитом С у мальчиков-подростков и девочек-подростков

подгруппа		1 подгруппа		2 подгруппа		3 подгруппа		4 подгруппа	
		мал.	дев.	мал.	дев.	мал.	дев.	мал.	дев.
Инфицированность гепатитом С	аб.	33	34	12	8	-	3	3	2
	%	76,7	73,9	23,1	18,6	-	10,0	10,7	8,3
Всего	аб.	43	46	52	43	27	30	28	24
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3.9. ВИЧ-инфицированность

Распространенность ВИЧ-инфицированности среди пациентов основной группы и группы сравнения представлена в таблице 44.

На основании результатов таблицы 44 можно сказать, что среди подростков основной группы ВИЧ-инфицированность встречалась достоверно реже ($\chi^2=9,9$, $p<0,005$), чем среди пациентов молодого возраста группы сравнения. Причем в группе сравнения ВИЧ-инфекцией были чаще поражены пациенты мужского пола ($\chi^2=5,7$, $p<0,05$), а в основной группе достоверной разницы между

представителями различных полов по этому показателю не получено ($\chi^2=0,3$, $p>0,5$).

Таблица 44 – Распространенность ВИЧ-инфицированности в основной группе и группе сравнения

№	группы	пациенты мужского пола		пациенты женского пола		всего	
		абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
1	Основная	23	15,3	18	12,6	41	13,9
2	Сравнения	11	52,4	9	33,3	20	41,6

Распространенность ВИЧ-инфицированности у пациентов разных клинических подгрупп представлена в таблице 45.

Таблица 45 – Распространенность ВИЧ-инфицированности по подгруппам

подгруппа	1 подгруппа		2 подгруппа		3 подгруппа		4 подгруппа	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
ВИЧ-инфицированность	27	30,3	14	14,7	5	8,8	6	11,5
Всего	89	100,0	95	100,0	57	100,0	52	100,0

Из таблицы 45 видно, что ВИЧ-инфицированность у подростков встречается во всех клинических подгруппах – употреблении опиоидов с ВП (30,3% пациентов), употреблении летучих растворителей с ВП (14,7% пациентов), употреблении алкоголя с ВП (8,8%) и употреблении стимуляторов с ВП (11,5 %). У пациентов с употреблением опиоидов с ВП ВИЧ-инфицирование было связано с инъекционным способом введения наркотика. У пациентов с употреблением алкоголя с ВП и употреблением стимуляторов с ВП ВИЧ-инфицирование связывалось с половым путем передачи. У пациентов с употреблением летучих растворителей с ВП ВИЧ-инфицирование связывалось как с половым путем передачи, так и с эпизодическим инъекционным употреблением опиатов (героин) и ненаркотических анальгетиков (буторфанол, стадол).

Распространенность ВИЧ-инфицированности у мальчиков-подростков и девочек-подростков представлено в таблице 46.

Из таблицы 46 видно, что распространенность ВИЧ-инфекции у мальчиков-подростков и девочек-подростков в разных клинических подгруппах достоверно не различалась ($p>0,05$).

Таблица 46 – Распространенность ВИЧ-инфицированности у мальчиков-подростков и девочек-подростков разных клинических групп

группы	Мальчики-подростки		Девочки-подростки		всего ВИЧ-инфицированных		всего пациентов в группе	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
Употребление опиоидов с ВП	14	15,7	13	14,6	27	30,3	89	100,0
Употребление летучих растворителей с ВП	9	9,5	5	5,3	14	14,7	95	100,0
Употребление алкоголя с ВП	4	7,0	1	1,8	5	8,7	57	100,0
Употребление стимуляторов с ВП	3	5,8	3	5,8	6	11,5	52	100,0

3.10. Логистическая регрессия анамнестических данных

Для прогнозирования принадлежности пациента к одной из 4-х клинических подгрупп на основании анамнестических данных был использован метод логической регрессии. Он представляет собой вариант множественной регрессии, при которой в качестве зависимой переменной используется дихотомическая переменная, имеющая 2 возможных значения и символизирующая принадлежность или непринадлежность объекта к определенной группе (ответы по типу «да» или «нет»). Формула (1) преобразованного уравнения логистической регрессии имеет следующий общий вид [128]:

$$P = 1/(1 + e^{-B_0 \cdot e^{-B_1 \cdot x_1 \cdot e^{-B_2 \cdot x_2 \cdot \dots \cdot e^{-B_n \cdot x_n}}}}) \quad (1), \text{ где}$$

P – вероятность принадлежности к группе;

e – натуральный логарифм (значение=2,718281828)

B_0 – константа;

$B_1, B_2, \dots B_n$ – коэффициенты регрессии;

x_1, x_2, x_n – значения номинативных переменных.

Согласно методике логистической регрессии зависимая переменная должна иметь два возможных значения (дихотомическая переменная). Следовательно, прогностическая процедура включала в себя оценку принадлежности или непринадлежности пациента к конкретной клинической группе.

Предикторы (независимые переменные) также должны быть представлены в бинарном виде. Так как все использованные в исследовании анамнестические данные относятся к категориальным (номинативным), включающим в себя несколько градаций признака, нами предварительно была проведена перекодировка, в результате чего категориальный предиктор оказался представлен серией бинарных переменных. Преобразование категориальной переменной в бинарные серии представлено в приложении 3.1 (таблица 234).

В зависимости от совпадения числа предсказанных и наблюдаемых случаев все результаты делятся на: 1) верно классифицируемые положительные примеры (истинно положительные случаи); 2) верно классифицируемые отрицательные примеры (истинно отрицательные случаи); 3) положительные примеры, классифицируемые как отрицательные (ложно отрицательные случаи); 4) отрицательные примеры, классифицируемые как положительные (ложно положительные случаи).

Доля истинно положительных случаев (чувствительность модели) рассчитывается по формуле (2):

$$Сен = \frac{ИП}{ИП + ЛО} \cdot 100\% \quad (2), \text{ где}$$

Сен – чувствительность модели;

ИП – количество истинно положительных случаев;

ЛО – количество ложно отрицательных случаев.

Доля истинно отрицательных случаев, которые были правильно идентифицированы моделью (специфичность модели), рассчитывается по формуле (3):

$$Сп = \frac{ИО}{ИО + ЛП} \cdot 100\% \quad (3), \text{ где}$$

Сп – специфичность модели;

ИО – количество истинно отрицательных случаев;

ЛП – количество ложно положительных случаев.

Положительная прогностическая значимость (Positive Predictive Value), представляющая собой отношение истинно положительных результатов к общему числу положительных результатов, рассчитывается по формуле (4):

$$ППЗ = \frac{ИП}{ИП + ЛП} \cdot 100\% \quad (4), \text{ где}$$

ППЗ – положительная прогностическая значимость;

ИП – количество истинно положительных случаев;

ЛП – количество ложно положительных случаев.

Отрицательная прогностическая значимость (Negative Predictive Value), представляющая собой отношение истинно отрицательных результатов к общему числу отрицательных результатов, рассчитывается по формуле (5):

$$ОПЗ = \frac{ИО}{ИО + ЛО} \cdot 100\% \quad (5), \text{ где}$$

ОПЗ – отрицательная прогностическая значимость;

ИО – количество истинно отрицательных случаев;

ЛО – количество ложно отрицательных случаев.

Результаты логистической регрессии анамнестических данных пациентов подгруппы употребления опиоидов с вредными последствиями. В таблицах 235-238 (приложение 3.2) представлены результаты логистической регрессии для подгруппы употребления опиоидов с ВП. Использовался метод пошагового включения (отношение правдоподобия). Для построения уравнения

логистической регрессии были отобраны переменные, введенные на шаге 4. На этом этапе в анализ включалось наибольшее количество переменных с сохранением их статистической значимости по критерию Вальда (см. таблицу 238 приложения 3.2).

Сравнение прогнозируемых значений зависимой переменной, рассчитанной по уравнению регрессии, и фактически наблюдаемых значений представлено в таблице 47 (результаты взяты из общей таблицы 237 приложения 3.2 для шага 4). При определении прогнозируемой величины вычисляется вероятность для каждого объекта и на ее основании (больше или меньше 0,5) делается вывод о принадлежности или не принадлежности к группе.

Таблица 47 – Сравнение прогнозируемых и фактически наблюдаемых значений пациентов подгруппы употребления опиоидов с ВП

наблюдаемые	предсказанные		
	1	2	% правильно предсказанных
1	83	6	93,3
2	19	185	90,7
% доля истинных результатов	81,4	96,9	
Общая % доля правильного прогноза			91,5

Чувствительность модели составила – 93,3%. В этом проценте случаев, согласно построенной модели, выявляется принадлежность пациента к клинической подгруппе употребления опиоидов с ВП. Специфичность модели составила – 90,7%. В этом проценте случаев выявляется принадлежность к другим клиническим подгруппам с помощью рассматриваемой модели. Положительная прогностическая значимость, характеризующая долю истинно положительных результатов, составила 81,4%. Отрицательная прогностическая значимость, характеризующая долю истинно отрицательных результатов, составила 96,9%. В целом для 91,5% пациентов результат прогноза оказался верным.

В таблице 48 представлены данные о переменных, включенных в регрессионное уравнение (результаты взяты из общей таблицы 238 приложения

3.2 для шага 4). Из таблицы 48 видно, что достоверному уровню значимости соответствуют такие переменные, как «Отягощенная наследственность наркологическими заболеваниями по одной линии» ($B=3,269$, $p<0,001$), «Школьное обучение по массовой программе» ($B=3,226$, $p<0,001$), статус «не работает/не учится» ($B=2,057$, $p<0,001$), «Совместное проживание с партнером» ($B=4,935$, $p<0,001$). Константа регрессионного уравнения – $-21,453$.

Таблица 48 – Переменные регрессионного уравнения подгруппы употребления опиоидов с ВП

Переменные (шаг 4)	B	Средне- квად- ратичная ошибка	Вальд	ст. св.	Знач.	Exp (B)
Отягощенная наследственность наркологическими заболеваниями по одной линии	3,269	0,753	18,839	1	0,001	26,283
Школьное обучение по массовой программе	3,226	0,872	13,693	1	0,001	25,176
Статус «не работает/не учится»	2,057	0,755	7,420	1	0,006	7,822
Совместное проживание с партнером	4,935	1,042	22,452	1	0,001	139,084
Константа	-21,453	4,254	25,435	1	0,001	0,000

Таким образом, формула (6) уравнения регрессии для подгруппы употребления опиоидов с ВП имеет следующий вид:

$$P = 1/(1 + e^{21,453} \cdot e^{-3,269 \cdot x_1} \cdot e^{-3,226 \cdot x_2} \cdot e^{-2,057 \cdot x_3} \cdot e^{-4,935 \cdot x_4}) \quad (6), \text{ где}$$

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».

Примечание: переменные оцениваются по бинарному признаку: 1 – наличие данного признака, 2 – отсутствие данного признака.

Результаты логистической регрессии анамнестических данных пациентов подгруппы употребления летучих растворителей с вредными последствиями. В таблицах 239-242 (приложение 3.3) представлены результаты логистической регрессии для подгруппы употребления летучих растворителей с ВП. Использовался метод пошагового включения (отношение правдоподобия). Для построения уравнения логистической регрессии были отобраны переменные, введенные на шаге 3, так как их значения статистически значимы по критерию Вальда (см. таблицу 242 приложения 3.3).

Сравнение прогнозируемых значений зависимой переменной, рассчитанной по уравнению регрессии, и фактически наблюдаемых значений представлено в таблице 49 (результаты взяты из общей таблицы 241 приложения 3.3 для шага 3).

Таблица 49 – Сравнение прогнозируемых и фактически наблюдаемых значений пациентов подгруппы употребления летучих растворителей с ВП

наблюдаемые	предсказанные		
	1	2	% правильно предсказанных
1	71	24	74,7
2	22	176	88,9
% доля истинных результатов	76,3	88,0	
Общая % доля правильного прогноза			84,3

Чувствительность модели составила – 74,7%. В этом проценте случаев, согласно построенной модели, выявляется принадлежность пациента к клинической подгруппе употребления летучих растворителей с ВП. Специфичность модели составила – 88,9%. В этом проценте случаев выявляется принадлежность к другим клиническим подгруппам с помощью рассматриваемой модели. Положительная прогностическая значимость, характеризующая долю истинно положительных результатов, составила 76,3%. Отрицательная прогностическая значимость, характеризующая долю истинно отрицательных результатов, составила 88,0%. В целом для 84,3% пациентов результат прогноза оказался верным.

В таблице 50 представлены данные о переменных, включенных в регрессионное уравнение (результаты взяты из общей таблицы 242 приложения 3.3 для шага 3). Из таблицы № 50 видно, что достоверному уровню значимости соответствуют такие переменные, как «Статус «не работает и не учится»» ($B=2,094$, $p=0,006$), «Проживание в интернате» ($B=2,994$, $p=0,001$), «Побег из дома (или интерната)/временное проживание в приюте» ($B=2,737$, $p=0,001$). Константа регрессионного уравнения равна -11,266.

Таблица 50 – Переменные регрессионного уравнения подгруппы употребления летучих растворителей с ВП

Переменные (Шаг 3)	B	Средне- квад- ратичная ошибка	Вальд	ст. св.	Знач.	Exp (B)
Статус «не работает и не учится»	2,094	0,767	7,453	1	0,006	8,119
Проживание в интернате	2,994	0,930	10,358	1	0,001	19,967
Побег из дома (или интерната)/временное проживание в приюте	2,737	0,833	10,794	1	0,001	15,445
Константа	-11,266	2,805	16,136	1	0,000	0,000

Таким образом, формула (7) уравнения регрессии для подгруппы употребления летучих растворителей с ВП имеет следующий вид:

$$P = 1 / (1 + e^{11,266 \cdot e^{-2,094 \cdot x_1} \cdot e^{-2,994 \cdot x_2} \cdot e^{-2,737 \cdot x_3}}) \quad (7), \text{ где}$$

P – вероятность принадлежности к группе (принимает значения в диапазоне от 0 до 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».

Примечание: переменные оцениваются по бинарному признаку: 1 – наличие данного признака, 2 – отсутствие данного признака.

Результаты логистической регрессии анамнестических данных пациентов подгруппы употребления алкоголя с вредными последствиями. В таблицах 243-246 (приложение 3.4) представлены результаты логистической регрессии для подгруппы употребления алкоголя с ВП. Использовался метод пошагового включения (отношение правдоподобия). Для построения уравнения логистической регрессии были отобраны переменные, введенные на шаге 6, так как это максимальное возможное число переменных при сохранении их статистической значимости по критерию Вальда (см. таблицу 246 приложения 3.4).

Сравнение прогнозируемых значений зависимой переменной, рассчитанной по уравнению регрессии, и фактически наблюдаемых значений представлено в таблице 51 (результаты взяты из общей таблицы 245 приложения 3.4 для шага 6).

Чувствительность модели составила – 73,7%. В этом проценте случаев, согласно построенной модели, выявляется принадлежность пациента к подгруппе употребления алкоголя с ВП. Специфичность модели составила – 98,7%. В этом

проценте случаев выявляется принадлежность к другим клиническим подгруппам с помощью рассматриваемой модели. Положительная прогностическая значимость, характеризующая долю истинно положительных результатов, составила 93,3%. Отрицательная прогностическая значимость, характеризующая долю истинно отрицательных результатов, составила 93,9%. В целом для 93,9% пациентов результат прогноза оказался верным.

Таблица 51 – Сравнение прогнозируемых и фактически наблюдаемых значений пациентов подгруппы употребления алкоголя с ВП

наблюдаемые	предсказанные		
	1	2	% правильно предсказанных
1	42	15	73,7
2	3	233	98,7
% доля истинных результатов	93,3	93,9	
Общая % доля правильного прогноза			93,9

Таблица 52 – Переменные регрессионного уравнения подгруппы употребления алкоголя с ВП

Переменные	B	Среднекв. ошибка	Вальд	ст. св.	Знач.	Exp (B)
«Неполная семья»	3,182	1,137	7,830	1	0,005	24,089
«Коррекционная школьная программа»	3,776	1,759	4,609	1	0,032	43,659
«Вспомогательная школьная программа»	10,907	3,036	12,910	1	0,000	54556,052
«Статус «школьник»	4,617	1,673	7,615	1	0,006	101,240
Статус «не работает и не учится»	-5,966	1,843	10,475	1	0,001	,003
«Проживание в интернате»	7,300	1,790	16,642	1	0,000	1480,762
Константа	-41,516	12,453	11,114	1	0,001	0,000

В таблице 52 представлены данные о переменных, включенных в регрессионное уравнение (результаты взяты из общей таблицы 246 приложения 3.4 для шага 6). Из таблицы 246 видно, что достоверному уровню значимости соответствуют такие переменные, как «Неполная семья» ($B=5,514$, $p=0,019$), «Коррекционная школьная программа» ($B=3,479$, $p=0,062$), «Вспомогательная школьная программа» ($B=6,571$, $p=0,010$), «Статус «школьник»» ($B=3,479$, $p=0,062$), «Статус «не работает и не учится»» ($B=3,479$, $p=0,062$), «Проживание в интернате» ($B=3,479$, $p=0,062$). Константа регрессионного уравнения составила – 41,516.

Таким образом, формула (8) уравнения регрессии для подгруппы употребления алкоголя с ВП имеет следующий вид:

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

(8), где

P – вероятность принадлежности к группе (принимает значения в диапазоне от 0 до 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»;

x_1 – значение переменной «Неполная семья»;

x_2 – значение переменной «Коррекционная школьная программа»;

x_3 – значение переменной «Вспомогательная школьная программа»;

x_4 – значение переменной «Статус «школьник»»;

x_5 – значение переменной переменной «Статус «не работает и не учится»»;

x_6 – значение переменной «Проживание в интернате».

Примечание: переменные оцениваются по бинарному признаку: 1 – наличие данного признака, 2 – отсутствие данного признака.

Результаты логистической регрессии анамнестических данных пациентов подгруппы употребления стимуляторов с ВП. В таблицах 247-250 (приложение 3.5) представлены результаты логистической регрессии для подгруппы употребления стимуляторов с ВП. Использовался метод пошагового включения (отношение правдоподобия). Для построения уравнения логистической регрессии были отобраны переменные, введенные на шаге 5, так как это максимальное возможное число переменных при сохранении их статистической значимости по критерию Вальда (см. таблицу 250 приложения 3.5).

Сравнение прогнозируемых значений зависимой переменной, рассчитанной по уравнению регрессии, и фактически наблюдаемых значений представлено в таблице 53 (результаты взяты из общей таблицы 249 приложения 3.5 для шага 5).

Таблица 53 – Сравнение прогнозируемых и фактически наблюдаемых значений пациентов подгруппы употребления стимуляторов с ВП

наблюдаемые	предсказанные		
	1	2	% правильно предсказанных
1	44	8	84,6
2	18	223	92,5
% доля истинных результатов	71,0	96,5	
Общая % доля правильного прогноза			91,1

Чувствительность модели составила – 84,6%. В этом проценте случаев, согласно построенной модели, выявляется принадлежность пациента к клинической подгруппе употребления алкоголя с ВП. Специфичность модели составила – 92,5%. В этом проценте случаев выявляется принадлежность к другим клиническим подгруппам с помощью рассматриваемой модели. Положительная прогностическая значимость, характеризующая долю истинно положительных результатов, составила 71,0%. Отрицательная прогностическая значимость, характеризующая долю истинно отрицательных результатов, составила 96,5%. В целом для 91,1% пациентов результат прогноза оказался верным.

В таблице 54 представлены данные о переменных, включенных в регрессионное уравнение (результаты взяты из общей таблицы 250 приложения 3.5 для шага 5). Из таблицы 54 видно, что достоверному уровню значимости соответствуют такие переменные, как «Наследственность наркологическими заболеваниями не отягощена» ($B=4,163$, $p<0,001$), «Сирота или родитель(и) лишены прав» ($B=-3,174$, $p=0,020$), «Статус «не работает и не учится»» ($B=-2,809$, $p=0,021$), «Побег из дома (или интерната)/временное проживание в приюте» ($B=4,093$, $p=0,007$), «Совместное проживание с партнером» ($B=5,303$, $p=0,001$). Константа регрессионного уравнения – $-12,107$.

Таблица 54 – Переменные регрессионного уравнения подгруппы употребления стимуляторов с ВП

Переменные	B	Среднекв. ошибка	Вальд	ст. св.	Знач.	Exp (B)
Наследственность наркологическими заболеваниями не отягощена	4,163	1,113	13,987	1	0,000	64,293
Сирота или родитель(и) лишены прав	-3,174	1,365	5,407	1	0,020	0,042
Статус «не работает и не учится»	-2,809	1,218	5,317	1	0,021	0,060
Побег из дома (или интерната)/временное проживание в приюте	4,093	1,504	7,404	1	0,007	59,948
Совместное проживание с партнером	5,303	1,618	10,746	1	0,001	200,963
Константа	-12,107	5,532	4,791	1	0,029	0,000

Таким образом, формула (9) уравнения регрессии для подгруппы употребления стимуляторов с ВП имеет следующий вид:

$$P = 1/(1 + e^{12,107} \cdot e^{-4,163 \cdot x_1} \cdot e^{3,174 \cdot x_2} \cdot e^{2,809 \cdot x_3} \cdot e^{-4,093 \cdot x_4} \cdot e^{-5,303 \cdot x_5}) \quad (9), \text{ где}$$

P – вероятность принадлежности к группе (принимает значения в диапазоне от 0 до 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».

Примечание: переменные оцениваются по бинарному признаку: 1 – наличие данного признака, 2 – отсутствие данного признака.

Заключение по результатам логистической регрессии. В результате использования метода логической регрессии получены уравнения, включающие значимые анамнестические данные, необходимые для предсказания употребления пациентами конкретного вида ПАВ. Получены значения констант регрессионных уравнений и коэффициенты регрессии для переменных, составляющих уравнение логистической регрессии. Все указанные данные статистически достоверны ($p < 0,05$). Коэффициенты регрессии для некоторых переменных имеют отрицательные значения, что говорит об их отрицательном «вкладе» в значение вероятности принадлежности к подгруппе.

На основании полученных результатов у подростков с РП можно предсказать употребление того или иного вида ПАВ. Выделены прогностически значимые переменные для каждого из видов ПАВ:

1) для пациентов, употребляющих опиоиды с ВП – это «Отягощенная наследственность наркологическими заболеваниями по одной линии», «Школьное

обучение по массовой программе», «Статус «не работает/не учится», «Совместное проживание с партнером»;

2) для пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП – это «Статус «Не работает и не учится»», «Проживание в интернате», «Побег из дома (или интерната)/временное проживание в приюте»;

3) для пациентов, употребляющих алкоголь с ВП – это «Неполная семья», «Коррекционная школьная программа», «Вспомогательная школьная программа», «Статус «Школьник»», «Статус «Не работает и не учится»», «Проживание в интернате»;

4) для пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП – это «Наследственность наркологическими заболеваниями не отягощена», «Сирота или родитель(и) лишены прав», «Статус «Не работает и не учится»», «Побег из дома (или интерната)/временное проживание в приюте», «Совместное проживание с партнером».

ГЛАВА 4. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ

4.1. Распространенность расстройств поведения

Диагностика расстройств поведения (РП) проводилась на основании критериев МКБ-10 [176]. Распространенность различных форм РП, выявленных на основании диагностических критериев рубрик F 90-91 по МКБ-10, представлена в таблице 55.

Таблица 55 – Распространенность различных форм РП

диагноз	Кол-во пациентов	
	Абс.	в %
«Гиперкинетическое расстройство поведения» (F 90.1)	45	15,4%
«Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи» (F 91.0)	4	1,3%
«Несоциализированное расстройство поведения» (F 91.1)	24	8,2%
«Социализированное расстройство поведения» (F 91.2)	210	71,7%
«Оппозиционно-вызывающее расстройство» (F 91.3)	10	3,4%
Всего	293	100,0%

Из таблицы 55 видно, что из всех форм РП достоверно преобладало «Социализированное расстройство поведения» ($\chi^2=493,6$, $p<0,001$). Наглядно данная закономерность продемонстрирована на рисунке 10.

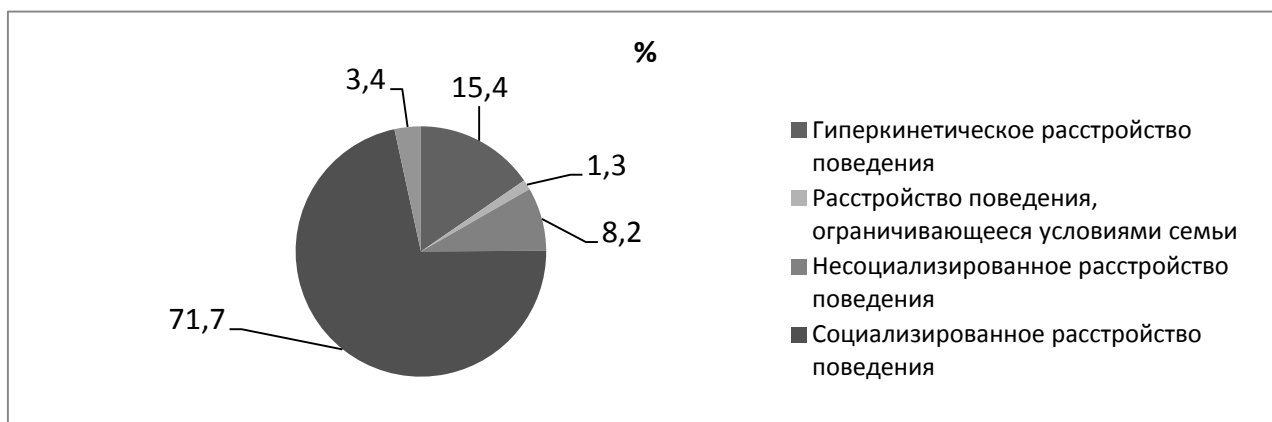


Рисунок 10. Распространенность форм РП.

В таблице 56 представлена распространенность форм РП, выявленных на основании диагностических критериев рубрик F 90-91 по МКБ-10, в зависимости от возраста.

Таблица 56 – Распространенность форм РП в зависимости от возраста

возрастной период	диагностическая рубрика расстройств поведения					всего
	F 90.1	F 91.0	F 91.1	F 91.2	F 91.3	
12-13 лет	5	-	-	3	10	18
	11,1%	-	-	14,3%	100,0%	6,1%
14-15 лет	34	4	23	84	-	145
	75,5%	100,0%	95,8%	40,0%	-	49,5%
16-17 лет	6	-	1	123	-	130
	13,3%	-	4,1%	58,6%	-	44,4%
Всего	45	4	24	210	10	293
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Из таблицы 56 видно, что преобладающее количество пациентов (75,5%) с диагнозом «Гиперкинетическое расстройство поведения» (F 90.1) были возраста 14-15 лет. Все 4 пациента с диагнозом «Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи» (F 91.0), были также в возрастном периоде 14-15 лет. В этом же возрастном периоде отмечалось больше пациентов (95,8%) с диагнозом «Несоциализированное расстройство поведения» (F 91.1). Пациентов в возрасте 12-13 лет с диагнозом «Социализированное расстройство поведения» (F 91.2) было меньше, чем в другие возрастные периоды. Все пациенты с диагнозом «Оппозиционно-вызывающее расстройство» (F 91.3) входили в младшую возрастную группу (12-14 лет).

Связь формы РП и пола пациентов представлена в таблице 57.

Из таблицы 57 видно, что у мальчиков-подростков достоверно чаще встречалось «Гиперкинетическое расстройство поведения» (F 90.1), а у девочек-подростков – «Социализированное расстройство поведения» (F 91.2). Преобладание гиперкинетического расстройства в структуре расстройств поведения у мальчиков-подростков связано с половыми различиями в частоте распространенности этого диагноза. Вероятно, за счет этого у девочек-подростков

в процентном отношении чаще встречалось социализированное расстройство поведения (91,6% по сравнению с 52,6% у мальчиков-подростков).

Таблица 57 – Связь формы РП и пола пациентов

диагноз	девочки-подростки		мальчики-подростки	
	абс.	%	абс.	%
«Гиперкинетическое расстройство поведения» (F 90.1)	4	2,8%	41	27,3%
Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи» (F 91.0)	1	0,6%	3	2,0%
«Несоциализированное расстройство поведения» (F 91.1)	5	3,5%	19	12,7%
«Социализированное расстройство поведения» (F 91.2)	131	91,6%	79	52,6%
«Оппозиционно-вызывающее расстройство» (F 91.3)	9	6,3%	1	0,6%
Всего	143	100,0%	150	100,0%

Связь формы РП, выявленной на основании диагностических критериев рубрик F 90-91 по МКБ-10 с видом употребляемого ПАВ с ВП представлена в таблице 58.

Таблица 58 – Связь формы РП с видом употребляемого ПАВ с ВП

вид ПАВ	диагностическая рубрика РП					всего
	F 90.1	F 91.0	F 91.1	F 91.2	F 91.3	
Употребление опиоидов с ВП	-	-	5	84	-	89
	-	-	20,8%	40,0%	-	30,4%
Употребление летучих растворителей с ВП	7	1	4	76	7	95
	15,2%	25,0%	16,7%	36,2%	70,0%	32,4%
Употребление алкоголя с ВП	19	-	8	30	-	57
	42,2%	-	33,3%	14,3%	-	19,5%
Употребление стимуляторов с ВП	19	3	7	20	3	52
	42,2%	75,0%	29,2%	9,5%	30,0%	17,7%
Всего	45	4	24	210	10	293
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Из таблицы 58 видно, что пациенты с диагнозом «Гиперкинетическое расстройство поведения» (F 90.1) чаще страдали употреблением алкоголя с ВП (42,2%) и употреблением стимуляторов с ВП (42,2%). Пациентов, употребляющих эти ПАВ с ВП, достоверно больше ($p<0,01$), чем пациентов с употреблением летучих растворителей (15,2%). Пациентов, употребляющих опиоиды с ВП, с этим поведенческим расстройством (F 90.1) не встречалось. Пациенты с «Несоциализированным расстройством поведения» (F 91.1) одинаково часто употребляли все изучаемые ПАВ ($p>0,05$). При «Социализированном расстройстве поведения» (F 91.2) достоверно чаще встречалось употребление опиоидов с ВП (40,0%) и употребление летучих растворителей с ВП (36,2%) ($p<0,05$).

Связь формы РП и семейного статуса пациентов представлена в таблице 59.

Таблица 59 – Связь формы РП и семейного статуса пациентов

диагноз	полная семья	неполная семья	сирота/родители лишены прав
«Гиперкинетическое расстройство поведения» (F 90.1)	7	21	17
	17,9%	14,0%	16,3%
«Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи» (F 91.0)	4	-	-
	10,2%	-	-
«Несоциализированное расстройство поведения» (F 91.1)	5	10	9
	12,8%	6,7%	8,7%
«Социализированное расстройство поведения» (F 91.2)	23	119	68
	59,9%	79,3%	65,4%
«Оппозиционно-вызывающее расстройство» (F 91.3)	-	-	10
	-	-	9,6%
Всего	39	150	104
	100,0%	100,0%	100,0%

Из таблицы 59 видно, что «Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи» (F 91.0) встречалось только у пациентов из полной семьи, а «Оппозиционно-вызывающее расстройство» (F 91.3) у пациентов, родители которых умерли или лишены прав.

4.2. Клинико-психопатологическая характеристика форм расстройств поведения

Диагноз «Гиперкинетическое расстройство поведения» (F 90.1) был выставлен 45 пациентам (41 юноша и 4 девушки). Большинство из них (75,5%) были в возрасте 14-15 лет.

Причиной госпитализации чаще всего была «неуправляемость» поведения (39 чел., 86,7%), приводящая к срывам уроков, к прогулам, немотивированным уходам из дома, во время которых употреблялись ПАВ с ВП (алкоголь, стимуляторы). Детальный расспрос родителей (или воспитателей детдомов) выявил такие ведущие жалобы, как неусидчивость на уроках, стойко присутствующая в течение многих лет, невнимательность, отвлекаемость на занятиях, импульсивность с отсутствием контроля за своими поступками, бесполезность замечаний на уроках, неорганизованность поведения (невозможность ребенка организовать выполнение уроков в домашней обстановке, опоздания, потеря вещей и др.). Последствиями такого поведения во всех случаях была школьная неуспеваемость и, как следствие, низкий уровень освоения программы обучения, нарушение взаимоотношений с учителями, родителями, одноклассниками и др.

Преобладали субмиссивные и подражательные мотивы употребления ПАВ. В большинстве случаев пациенты их использовали во время побегов из дома, когда становились участниками компаний, в которых практиковалось аддиктивное поведение. Следует обратить внимание на пассивный характер приобщения к ПАВ, когда к этому приводило вынужденное пребывание в компании употребляющих ПАВ сверстников.

Во время беседы с пациентами в психическом статусе обращали на себя внимание симптомы эмоциональных нарушений. Прежде всего, отмечалась эмоциональная незрелость. Пациенты были благодущны, иногда веселы, не понимали серьезности возникших проблем и сложившегося трудного положения в семье и школе. Отмечалась выраженная эмоциональная лабильность. В

разговоре об учебе они были угрюмы, подавлены, начинали плакать. Таковую же реакцию вызывала попытка клинической диагностики интеллектуальной сферы подростка. В то же время утешение и психологическая поддержка приводила к быстрому успокоению и желанию сотрудничать с врачом. Как правило, пациент демонстрировал низкий запас знаний, отсутствие замыслов и планов на будущее, социальную незрелость. Часто обнаруживалась бытовая беспомощность.

Клинико-динамическое наблюдение за пациентами позволило выявить 2 варианта трансформации гиперкинетического расстройства поведения в старшем подростковом возрасте (16-17 лет) – в поведенческие расстройства (социализированного и несоциализированного типа) и органические расстройства.

При трансформации гиперкинетического расстройства в поведенческие расстройства (14 чел., 31,1%) отмечалось полное исчезновение интересов к учебе, возрастание напряжения в общении с родителями, конфликтность с учителями и одноклассниками. Возникали антисоциальные установки, например, явная конфронтация с родителями и учителями, отказ выполнять их требования, побеги из дома, стойкое группирование с делинквентными сверстниками, эпизоды нарушений закона. У 12 пациентов (26,7%) была отмечена трансформация гиперкинетического расстройства в социализированное расстройство поведения. У 2-х пациентов (4,4%) в клинической картине преобладали проявления несоциализированного поведенческого расстройства.

При трансформации гиперкинетического расстройства в органические расстройства (31 пациент, 68,9%) на первый план выходила стойкая аффективная неустойчивость, достигающая иногда уровня эксплозивности, ослабление памяти, истощаемость внимания, неспособность к психическому напряжению. В некоторых случаях характерная для гиперкинетического расстройства импульсивность сочеталась с тугоподвижностью. У 13 пациентов (28,9%) состояние было расценено как легкое когнитивное расстройство (F 06.7), проявляющаяся в стойких трудностях обучения и социальной адаптации, которые носили объективный характер и сочетались с типичным «органическим»

познавательным дефицитом (смысловое недопонимание информации, выраженная отвлекаемость, нарушение сосредоточенности внимания и др.). У 9 чел. (20,0%) был поставлен диагноз «Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство» (F 06.6) на основании преобладания у них астенических симптомов, повышенной утомляемости, эмоциональной лабильности, неврозоподобных расстройств (страхи). В 9 случаях (20,0%) состояние было расценено как органическое расстройство личности (F 07.0) на основании превалирования грубых «характерологических» симптомов возбудимо-неустойчивого круга в виде конфликтности, несдержанности, некритичности поведения, в некоторых случаях – наглости и бестактности.

Диагноз «Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи» (F 91.0) был поставлен у 4 пациентов (1 девушка, 3 юношей). В данном случае поведенческие аномалии ограничивались только семейными рамками и включали провоцируемые подростками скандалы с родителями, вымогание денег, воровство. За пределами семьи у всех 4-х подростков не было отмечено серьезных поведенческих проблем (все учились в школе по массовой программе), а ПАВ они получали от сиблингов или отца (в одном случае – летучие растворители, в 3-х случаях – стимуляторы). Таким образом, диагноз «Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи» (F 91.0) у подростков, употребляющих ПАВ с ВП, отмечался в условиях, когда девиантное поведение было характерно кроме подростка также для других членов семьи (сиблинги, родители).

Диагноз «Несоциализированное расстройство поведения» (F 91.1) был поставлен в 24 случаях (95,8%), у 19 юношей и 5 девушек возраста 14-15 лет. Родители жаловались на скандальность и неуживчивость подростка в семье, в связи с чем последние часто надолго уходили из дома. В отношении с родителями практически у всех имела место лживость, скрывались школьные конфликты, прогулы, плохая успеваемость и плохое поведение после школы. Часто отмечалось воровство денег. Были эпизоды суицидного шантажа (7 чел., 29,2%), у 5 пациентов (20,8%) закончившиеся самоповреждениями (ожог руки от утюга, гематомы от самопобоев, порезы предплечий). Имели место грубые нарушения

поведения в школе в виде стычек с учителями, сверстниками, однократные или многочисленные драки с ними. Принципиальным моментом, придающим специфику несоциализированному расстройству поведения, была более или менее выраженная изоляция от сверстников. В период отсутствия в семье имело место либо полное одиночество (самостоятельно жили на вокзале, на рынке, на даче и др.), либо, что чаще (20 чел., 83,3%), ограниченное общение с приятелем и/или проживание с сожителем, которым подросток был обязан в поиске ПАВ. 13 чел. (54,2%) сами принимали участие в обороте наркотиков и привлекались к ответственности за это. У пациентов с диагнозом F 91.1 не было предпочтения в использовании тех или иных ПАВ. В 20,8% отмечалось употребление опиоидов с ВП, в 16,7% – летучих растворителей с ВП, в 33,3% – алкоголя с ВП, в 29,2% – стимуляторов с ВП.

Клинико-динамическое наблюдение позволило говорить в 5 случаях (20,8%) о трансформации несоциализированного расстройства поведения в диссоциальное расстройство личности (F 60.2). Основанием для этого служили стойкие поведенческие нарушения в течение многих лет, носившие характер привычного «рисунка» поведения, сопровождающиеся типичными морально-этическими девиациями личности пациентов. Отмечалось характерное для антисоциальных психопатических личностей бесцеремонность, цинизм, бравада, развязность в общении в сочетании с хитростью, лживостью, изворотливостью, умением скрывать о себе объективную информацию, запугиванием, тенденцией к шантажному поведению и т. п.

Диагноз «Социализированное расстройство поведения» (F 91.2) достоверно преобладал у обследованных пациентов. Он отмечался у 71,7% подростков ($p < 0,05$), в основном в возрасте 14-16 лет (58,6%). Достоверно чаще этот диагноз встречался у девушек (91,6%) по сравнению с юношами (52,6%) ($p < 0,05$). Родители часто жаловались на семейные конфликты со скандалами, угрозами в их адрес, шантажным поведением. В 31 случае (14,7%) имел место суицидный шантаж. В типичных случаях было характерно моральное и физическое оскорбление родителей, ложь, воровство из дома денег и вещей. У подростков,

проживающих в детдомах, одной из самых частых девиаций был побег. Мотивами его были нежелание подчиняться установленному режиму (191 чел., 86,9%), конфликт с воспитателями (152 чел., 69,1%) и сверстниками (85 чел., 38,7%). Учителями отмечалось полное отсутствие интереса к учебе (при неплохих познавательных способностях), демонстративное пренебрежение к старшим и сверстникам, противопоставление себя другим, подчеркивание своей «взрослости» и особого статуса, бравада дружбой с «авторитетными» старшими, представителями элиты и бизнеса. Часто при этом подчеркивался особый статус родительской семьи, высокое материальное положение (в случае наличия такового). Конфронтация с учителями обострялась при поддержке подростка состоятельными родителями.

Наиболее частой жалобой были уходы из дома, проведение времени в компании сверстников. Наблюдения в динамике показало, что кроме нарушения соответствующих возрасту социальных норм (курение, выпивка, уходы из дома, сексуальные отношения и др.), довольно выражено было делинквентное поведение. Отмечались драки со сверстниками, грабежи, в том числе с применением холодного оружия (22 чел., 10,5%), кражи из магазина (38 чел., 18,1%). 45 чел. (20,5%) совершили зарегистрированные правоохранительными органами правонарушения. 29 чел. (13,2%) имели судимость, 15 чел. (6,8%) – неоднократную судимость.

У подростков с диагнозом «Социализированное расстройство поведения» (F 91.2) чаще встречалось употребление опиоидов с ВП (40,0%) и употребление летучих растворителей с ВП (36,2%). Достоверно реже встречались пациенты, употребляющие стимуляторы с ВП (9,5%) ($p < 0,05$).

Клинико-динамическое наблюдение позволило говорить в 15 случаях (7,1%) о трансформации социализированного расстройства поведения в диссоциальное расстройство личности (F 60.2). В этом случае наблюдался стойкий, характерологически закреплённый поведенческий стереотип с отсутствием вины за совершенные поступки, «дефектом» высших нравственных чувств (сочувствие

к близким, ответственность), аффективными реакциями эксплозивно-возбудимого типа и др.

Диагноз «Оппозиционно-вызывающее расстройство» (F 91.3) был поставлен 10 пациентам (0,6% мальчиков-подростков, 6,3% девочек-подростков) младшей возрастной группы (12-13 лет). 70,0% из них употребляли летучие растворители с ВП. Все из них были воспитанниками детдомов. Ведущими симптомами у всех пациентов были грубые протестные реакции, направленные на взрослых, как протест против условий проживания, режимных моментов, дисциплинарных требований. В других случаях отмечались конфликты со сверстниками. Пациенты использовали примитивные способы провокации столкновений, целью которых было привлечение внимания к допущенной в их адрес несправедливости. Всегда было желание наказать обидчиков. Следует отметить, что большинство пациентов ранее сами становились объектом незаслуженных обвинений. В психическом статусе у всех пациентов отмечались черты психического инфантилизма, признаки пограничного психического недоразвития.

Таким образом, результаты изучения распространенности различных форм РП позволяют сделать следующие выводы:

1) у подростков с сочетанным употреблением ПАВ с ВП встречаются 5 основных форм поведенческих расстройств: гиперкинетическое расстройство поведения (F 90.1), расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи (F 91.0), несоциализированное расстройство поведения (F 91.1), социализированное расстройство поведения (F 91.2) и оппозиционно-вызывающее расстройство (F 91.3);

2) преобладающей формой РП является социализированное расстройство поведения (71,7% случаев);

3) половые различия в распространенности РП заключаются в преобладании гиперкинетического расстройства поведения у мальчиков-подростков и социализированного расстройства поведения у девочек-подростков;

4) большинство форм РП (гиперкинетическое расстройство поведения, расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи, несоциализированное расстройство поведения и социализированное расстройство поведения) чаще встречаются в возрасте 14-15 лет. Исключение из этой закономерности составляет оппозиционно-вызывающее расстройство, встречающееся в возрасте 12-14 лет;

5) у пациентов с гиперкинетическим расстройством поведения чаще отмечается употребление алкоголя с ВП и употребление стимуляторов с ВП. Пациенты с социализированным расстройством поведения чаще употребляют опиоиды с ВП и летучие растворители с ВП;

6) расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи, встречается только у пациентов из полной семьи, а оппозиционно-вызывающее расстройство – у пациентов, родители которых умерли или лишены прав (воспитанники детских домов);

7) клинико-динамическое наблюдение позволило выявить следующие закономерности трансформации РП в старшем подростковом возрасте на фоне употребления ПАВ с ВП:

7.1) Гиперкинетическое расстройство поведения в 31,1% случаях трансформируется в другие формы расстройства поведения (социализированное – 26,7% и несоциализированное – 4,4%). В 68,9% случаях наблюдается его трансформация в органические расстройства: легкое когнитивное расстройство (28,9%), органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (20,0%) и органическое расстройство личности (20,0%),

7.2) В диссоциальное расстройство личности трансформируется несоциализированное (20,8%) и социализированное расстройства поведения (7,1%).

7.3) Оппозиционно-вызывающее расстройство как форма поведенческих расстройств, характерная для младших школьников, у подростков встречается в рамках парциального и общего психического недоразвития и исключительно у пациентов, воспитывающихся в общественных условиях (детские дома).

4.3. Различие расстройств поведения в зависимости от сроков их начала

В зависимости от сроков манифестации РП было выделено 2 группы пациентов: 1) группа с ранним началом (до 10 лет); 2) группа с поздним началом (в 10 лет и старше).

Основанием для подобного разделения были многочисленные данные литературы о наличии «детского» и «подросткового» типов РП, отличающихся клиническими проявлениями, тяжестью и прогнозом [320, 358, 416].

Группы были выделены на основании тщательно собранного анамнеза. Решающим критерием для отнесения пациентов к группе раннего или позднего начала РП было наличие/отсутствие факта обращения родителей пациента в медицинское учреждение в связи с поведенческими расстройствами ребенка в том или ином возрасте, а также наличие/отсутствие смены образовательного учреждения (или программы обучения) у ребенка в связи с поведенческими «проблемами». Дополнительную роль играла информация родителей (или близких родственников) относительно жалоб на поведение ребенка в тот или иной возрастной период, выявление фактов семейной или социальной дезадаптации ребенка в связи с отклоняющимся поведением. При выявлении этих фактов принималось во внимание субъективное отношение взрослого к детским поведенческим «проблемам». В частности, учитывался характер детско-родительских отношений в настоящий момент, который мог бы исказить анамнестическую оценку детского поведения. Учитывалась разная субъективная значимость и содержательная интерпретация симптомов РП у детей. Так, с одной стороны, симптомы могут восприниматься особо болезненно и в связи с этим преувеличиваться. С другой стороны, некоторые бывшие в прошлом неприятные поведенческие эпизоды могут вытесняться или забываться. Родители могут переживать вину за детское поведение. В то же время во многих случаях отмечался конструктивный подход родителей к обсуждаемой теме, заинтересованность в ее обсуждении, желание разобраться в причинах поведенческих девиаций в прошлом и настоящем.

Так как основанием для выделения групп было клинико-анамнестические данные, полученные от родителей или ближайших родственников, в изучаемую группу вошли только подростки, воспитывающиеся в полных и неполных семьях (189 чел.) (88 мальчиков, 46,6% и 101 девочка, 53,4%). В этих случаях от родителей можно было получить полную и точную информацию об особенностях раннего поведения детей.

Результаты исследования выявили, что у 83 пациентов (43,9%, $p > 0,1$ по биномиальному критерию) РП возникли в возрасте младше 10 лет. Среди них было 49 мальчиков-подростков (59,0%) и 34 девочки-подростка (40,9%).

Сроки начала отдельных формы РП представлены в таблице 60.

Таблица 60 – Формы РП и сроки их начала

диагноз		раннее начало РП	позднее начало РП	всего
Гиперкинетическое расстройство поведения	абс.	25	3	28
	межгруп. %	30,1%	2,8%	14,8%
	внутригр.%	89,3%	10,7%	100,0%
Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи	абс.	-	4	4
	межгруп. %	-	3,8%	2,1%
	внутригр.%	-	100,0%	100,0%
Несоциализированное расстройство поведения	абс.	9	6	15
	межгруп. %	10,8%	5,7%	7,9%
	внутригр.%	60,0%	40,0%	100,0%
Социализированное расстройство поведения	абс.	49	93	142
	межгруп. %	59,0%	87,3%	75,1%
	внутригр.%	34,5%	65,5%	100,0%
Всего	абс.	83	106	189
	межгруп. %	100,0%	100,0%	100,0%
	внутригр.%	43,9%	56,1%	100,0%

Из таблицы 60 видно, что гиперкинетическое расстройство поведения чаще возникало до 10 лет – 89,3% случаев ($p < 0,001$ по биномиальному критерию). Симптомы несоциализированного расстройства поведения одинаково часто начинались как до 10 лет, так и в более старшем возрасте ($p < 0,5$ по биномиальному критерию). Социализированное расстройство поведения чаще

начиналось в возрасте 10 лет и старше – в 65,5% ($p < 0,001$ по биномиальному критерию).

Таким образом, для гиперкинетического расстройства поведения было типично раннее начало, для социализированного расстройства поведения – позднее начало. Достоверных различий сроков начала несоциализированного расстройства поведения не выявлено. Закономерности возрастного возникновения оппозиционно-вызывающего расстройства установить не удалось, т. к. они встречались только у пациентов, проживающих вне семьи.

У подростков как с ранним, так и с поздним началом РП преобладающей формой поведенческих расстройств было социализированное расстройство поведения ($p < 0,001$).

Сроки начала РП у мальчиков-подростков и девочек-подростков представлены в таблице 61.

Таблица 61 – Формы РП и сроки их начала у мальчиков-подростков и девочек-подростков

диагноз	раннее начало РП		позднее начало РП	
	мальчики-подростки	девочки-подростки	мальчики-подростки	девочки-подростки
Гиперкинетическое расстройство поведения	22	3	3	-
	44,9%	8,8%	7,7%	-
Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи	-	-	3	1
	-	-	7,7%	1,5%
Несоциализированное расстройство поведения)	7	2	3	3
	14,3%	5,9%	7,7%	4,5%
Социализированное расстройство поведения	20	29	30	63
	40,8%	85,3%	76,9	94,0%
Всего	49	34	39	67
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Результаты таблицы 61 свидетельствуют, что мальчики-подростки с ранними признаками гиперкинетического расстройства поведения достоверно преобладали над девочками-подростками ($\chi^2 = 12,4$, $p < 0,001$). У девочек-

подростков отмечено достоверное преобладание ранних признаков социализированного расстройства поведения ($\chi^2=16,4$, $p<0,001$).

4.4. Результаты клинико-anamнестического исследования пациентов с ранними симптомами расстройств поведения

В качестве метода выявления ранних симптомов поведенческих нарушений была использована «Клинико-anamнестическая анкета расстройств поведения», выявляющая симптомы РП, начиная с раннего возраста и заканчивая младшим школьным возрастом (до 10 лет). Текст анкеты представлен в приложении 2.

В таблицах 251, 252, 253 (приложение 4.1) представлено количество положительных ответов «Клинико-anamнестическая анкета расстройств поведения» пациентов с 3-мя основными диагнозами. В результате были выявлены наиболее распространенные клинико-anamнестические симптомы при разных формах расстройств поведения, встречавшихся у более половины пациентов:

1) из «Гиперкинетического» блока: «Не слышал обращений к нему, требовалось несколько раз повторять одну и ту же просьбу» (84,0%), «Отмечались периоды возбуждения, во время которых был слишком подвижен, неусидчив и его трудно было успокоить» (76,0%), «Вел себя плохо, суетился, бегал, шумел в ситуации, когда этого нельзя было делать» (68,0%); «Его поведение становилось невыносимым в незнакомом месте, когда особенно требовалось соблюдать тишину и дисциплину» (56,0%);

2) из «Оппозиционно-протестного» блока: «Бурно реагировал на замечание или запрет (крик, слезы, падение на пол и др.)» (55,5%); «Не понимал интонации «запрета» или игнорировал ее» (55,5%); «Провоцировал взрослого (ых), сознательно нарушая правила поведения и ожидая ответной реакции» (51,0%);

3) из блока «Агрессивность»: «Грубил сверстникам и/или взрослым» (55,3%), «Проявлял злость в отношении сверстников и/или взрослых» (51,0%).

В связи с тем, что в настоящее время не разработана балльно-рейтинговая система оценки «Клинико-анамнестическая анкета расстройств поведения», учитывалось количественное преобладание симптомов разных анкетных блоков. Взаимосвязь между формой РП и ее ранними симптомами представлена в таблице 62.

Таблица 62 – Взаимосвязь между формой РП и ее ранними симптомами

№	формы расстройств поведения	количество пациентов с преобладающими симптомами клинико-анамнестического блока		
		«Гиперактивность»	«Агрессивность»	«Оппозиционно-протестный»
1	Гиперкинетическое расстройство поведения	25 чел.	-	-
2	Несоциализированное расстройство поведения	6 чел.	-	3 чел.
3	Социализированное расстройство поведения	16 чел.	8 чел.	25 чел.

Результаты таблицы 62 свидетельствуют, что ведущими ранними проявлениями гиперкинетического расстройства поведения у всех 25 пациентов являются симптомы гиперактивности (клинико-анамнестический блок «Гиперактивность» анкеты).

У пациентов с диагнозом «Несоциализированное расстройство поведения» в 6 случаях ведущими были симптомы клинико-анамнестического блока «Гиперактивность» и 3 случаях – «Оппозиционно-протестного» блока.

У пациентов с диагнозом «Социализированное расстройство поведения» лишь в 8 случаях преобладали признаки этого расстройства (симптомы клинико-анамнестического блока «Агрессивность»). В 25 случаях этому диагнозу предшествовали симптомы «Оппозиционно-вызывающего расстройства» (симптомы «Оппозиционно-протестного» блока), а в 16 случаях – симптомы «Гиперкинетического расстройства поведения» (симптомы «Гиперкинетического» блока).

Вывод о преобладании симптомов того или иного блока при различных формах РП делался на основании частоты их распространенности. В то же время

последующий расчет их средней частоты встречаемости выявил статистически достоверный характер различий.

В таблице 63 представлено среднее количество симптомов блоков «Клинико-анамнестической анкеты расстройств поведения» в % при различных формах РП.

Таблица 63 – Среднее количество симптомов клинико-анамнестических блоков при различных формах расстройств поведения

№	клинико-анамнестический блок	количество симптомов, в %		
		гиперкинетическое РП M±m	несоциализированное РП M±m	социализированное РП M±m
1	«Гиперактивность»	59,99±2,565	44,44±3,846	17,44±1,346
2	«Агрессивность»	21,20±1,747	8,08±3,194	20,03±1,550
3	«Оппозиционно-протестный»	27,27±2,874	36,36±3,388	33,02±2,699
4	«Реактивное расстройство привязанности»	52,00±3,266	51,11±5,879	26,53±3,566
5	«Расторможенное расстройство привязанности»	12,00±2,922	15,56±5,556	31,83±3,637

На основании анализа количественных значений асимметрии и эксцесса (таблица 254 приложения 4.2) был выявлен нормальный характер распределения симптомов блоков «Клинико-анамнестической анкеты расстройств поведения». Это позволило применить параметрический статистический метод для анализа данных.

Расчет межгрупповых различий с помощью однофакторного дисперсионного анализа (множественное сравнение) представлен в таблицах 255, 256, 257 (приложение 4.2). Результаты однофакторного дисперсионного анализа обобщены в таблице 64.

Таблица 64 – Различия средних значений симптомов клинико-анамнестических блоков при различных формах расстройств поведения по результатам множественных сравнений (ANOVA)

шкалы	средняя разность (I-J) и риск ошибки		
	1-2	1-3	2-3
«Гиперактивность»	0,004 *	0,001 *	0,001 *
«Агрессивность»	0,002 *	0,910	0,003 *
«Оппозиционно-протестный»	0,153	0,386	0,833
«Реактивное расстройство привязанности»	0,999	0,001 *	0,009 *
«Расторможенное расстройство привязанности»	0,931	0,001 *	0,077

Примечание:

1 – гиперкинетическое расстройство поведения, 2 – несоциализированное расстройство поведения, 3 – социализированное расстройство поведения

* – различия статистически достоверны по результатам множественных сравнений ANOVA.

Данные, приведенные в таблице 64 свидетельствуют, что среднее количество симптомов, выявленных в клинико-анамнестическом блоке «Гиперактивность» достоверно выше у пациентов с гиперкинетическим расстройством поведения по сравнению с пациентами с несоциализированным расстройством поведения ($p < 0,005$) и пациентами с социализированным расстройством поведения ($p < 0,005$). В блоке «Агрессивность» среднее количество клинико-анамнестические симптомов гиперкинетического расстройства поведения и социализированного расстройства поведения, достоверно не различаясь между собой ($p > 0,9$), превышали среднее количество симптомов несоциализированного расстройства поведения ($p < 0,005$ и $p < 0,005$ соответственно). Среднее количество симптомов «Оппозиционно-протестного» блока у пациентов с разными формами расстройств поведения достоверно не различалось ($p > 0,1$, $p > 0,3$, $p > 0,8$). В блоке «Реактивное расстройство привязанности» среднее количество симптомов гиперкинетического расстройства поведения и несоциализированного расстройства поведения, достоверно не различаясь между собой ($p > 0,9$), превышали среднее количество симптомов

социализированного расстройства поведения ($p < 0,005$ и $p < 0,005$ соответственно). В блоке «Расторможенное расстройство привязанности» достоверное различие получено между средним количеством симптомов социализированного расстройства поведения и гиперкинетического расстройства поведения, первые превышали ($p < 0,005$).

В таблице 65 представлено среднее количество симптомов (в %) клиничко-анамнестических блоков пациентов с диагнозом «Социализированное расстройство поведения».

Таблица 65 – Количество симптомов клиничко-анамнестических блоков пациентов с диагнозом «Социализированное расстройство поведения»

№	клиничко-анамнестический блок	симптомы расстройства (в %)		
		социализированное РП M±m	оппозиционно-вызывающее РП M±m	гиперкинетическое РП M±m
1	«Гиперактивность»	6,82±1,67	7,27±0,92	38,63± 1,14
2	«Агрессивность»	45,45±1,90	17,45±1,59	11,36±2,06
3	«Оппозиционно-протестный»	21,59±2,95	46,90±2,95	17,04±2,61
4	«Реактивное расстройство привязанности»	10,00±2,35	13,60±1,74	55,00±2,12
5	«Расторможенное расстройство привязанности»	42,50±3,90	43,20±2,76	8,75±1,15

Учитывая, что при социализированном расстройстве поведения ранними проявлениями были симптомы других типов поведенческих расстройств, проводилось сравнение средних значений их количества в каждой группе при помощи однофакторного дисперсионного анализа (множественное сравнение). Результаты представлены в таблицах 258, 259, 260 (приложение 4.3) и обобщены в таблице 66.

Таблица 66 – Различия средних значений симптомов клинико-анамнестических блоков пациентов с диагнозом «Социализированное расстройство поведения» по результатам множественных сравнений (ANOVA)

шкалы	средняя разность (I-J) и риск ошибки		
	1-2	1-3	2-3
«Гиперактивность»	0,999	0,001 *	0,001 *
«Агрессивность»	0,001 *	0,001 *	0,146
«Оппозиционно-протестный»	0,001 *	0,513	0,001 *
«Реактивное расстройство привязанности»	0,916	0,001 *	0,001 *
«Расторможенное расстройство привязанности»	1,000	0,001 *	0,001 *

Примечание:

1 – гиперкинетическое расстройство поведения, 2 – несоциализированное расстройство поведения, 3 – социализированное расстройство поведения

* – различия статистически достоверны по результатам множественных сравнений ANOVA.

Данные таблицы 66 показывают, что среднее количество симптомов блока «Гиперактивность» достоверно выше у пациентов с гиперкинетическим расстройством поведения по сравнению с пациентами с оппозиционно-вызывающим расстройством ($p < 0,005$) и пациентами с социализированным расстройством поведения ($p < 0,005$). В блоке «Агрессивность» среднее количество клинико-анамнестических симптомов социализированного расстройства поведения достоверно превышало гиперкинетическое расстройство поведения и оппозиционно-вызывающее расстройство ($p < 0,005$ и $p < 0,005$ соответственно). Но последние между собой по среднему количеству симптомов «Агрессивность» достоверно не различались ($p > 0,1$). У пациентов с оппозиционно-вызывающим расстройством среднее количество симптомов «Оппозиционно-протестного» блока достоверно превышало такой же показатель у пациентов с социализированным ($p < 0,005$) и гиперкинетическим расстройствами поведения ($p < 0,005$). При этом достоверной разницы между последними не выявлялось ($p > 0,7$). В блоке «Реактивное расстройство привязанности» среднее количество симптомов гиперкинетического расстройства поведения достоверно превышало

среднее количество симптомов у пациентов с оппозиционно-вызывающим ($p < 0,005$) и социализированным расстройством поведения ($p < 0,005$). При этом последние две формы достоверно по этому показателю не различались ($p > 0,8$). В блоке «Расторможенное расстройство привязанности», наоборот, средние значения оппозиционно-вызывающего расстройства и социализированного расстройства поведения достоверно превышали средний показатель гиперкинетического расстройства поведения ($p < 0,005$ в обоих случаях). При этом оппозиционно-вызывающее расстройство и социализированное расстройство поведения достоверно не различались ($p > 0,9$).

Таким образом, исследования ранних проявлений РП, начавшихся до 10 лет позволяет говорить о следующих закономерностях:

1. Частота возникновения. В целом РП возникают раньше 10 лет в 43,9% случаях. Гиперкинетическое расстройство поведения до 10 лет начинается у 89,3% пациентов, несоциализированное расстройство поведения у 60,0% пациентов, а социализированное расстройство поведения – у 34,5% пациентов. Для гиперкинетического расстройства поведения типично ранее начало, а для социализированного расстройства поведения – позднее начало. Достоверных различий по срокам начала несоциализированного расстройства поведения не выявлено. У подростков как с ранним, так и с поздним началом РП преобладающей формой поведенческих расстройств является социализированное расстройство поведения ($p < 0,005$).

2. Половые различия. У мальчиков до 10 лет чаще встречается гиперкинетическое расстройство поведения, а у девочек – социализированное расстройство поведения.

3. В рамках настоящего исследования клинико-анамнестическим методом удалось выявить ранние симптомы 3-х форм РП – гиперкинетического, несоциализированного и социализированного расстройств поведения:

3.1. Гиперкинетическое расстройство поведения. Чаще возникает до 10 лет (89,3% случаев). У всех 25 пациентов ведущими ранними проявлениями были гиперкинетические симптомы. Их частота

встречаемости была достоверно выше по сравнению с другими формами поведенческих расстройств. В раннем возрасте для пациентов были характерны проявления реактивного расстройства привязанности.

3.2. Несоциализированное расстройство поведения. До 10 лет оно возникало в 60,0 % случаях. Ранние симптомы оказались мало специфичны в отношении этого расстройства. В 6 случаях ведущими были гиперкинетические симптомы и в 3 случаях симптомы оппозиционно-вызывающего расстройства. Причем частота встречаемости симптомов оппозиционно-вызывающего расстройства в данном случае достоверно не преобладала над таковой в структуре других форм расстройств поведения. Гиперкинетические симптомы как ранние проявления несоциализированного расстройства преобладали над таковыми при социализированном расстройстве поведения. В структуре ранних проявлений несоциализированного расстройства отсутствовали симптомы агрессивности. В раннем возрасте у пациентов наблюдались проявления «Реактивного расстройства привязанности» (как и при «Гиперкинетическом расстройстве поведения»).

3.3. Социализированное расстройство поведения. До 10 лет начиналось в 34,5 % случаев. Лишь в 8 случаях это были симптомы указанного расстройства (симптомы агрессивности). В 25 случаях выявились симптомы «Оппозиционно-вызывающего расстройства» (оппозиционно-протестное поведение), а в 16 случаях – гиперкинетические симптомы. В раннем возрасте у пациентов наблюдались симптомы «Расторможенного расстройства привязанности».

Указанные закономерности РП представлены на рисунке 11.

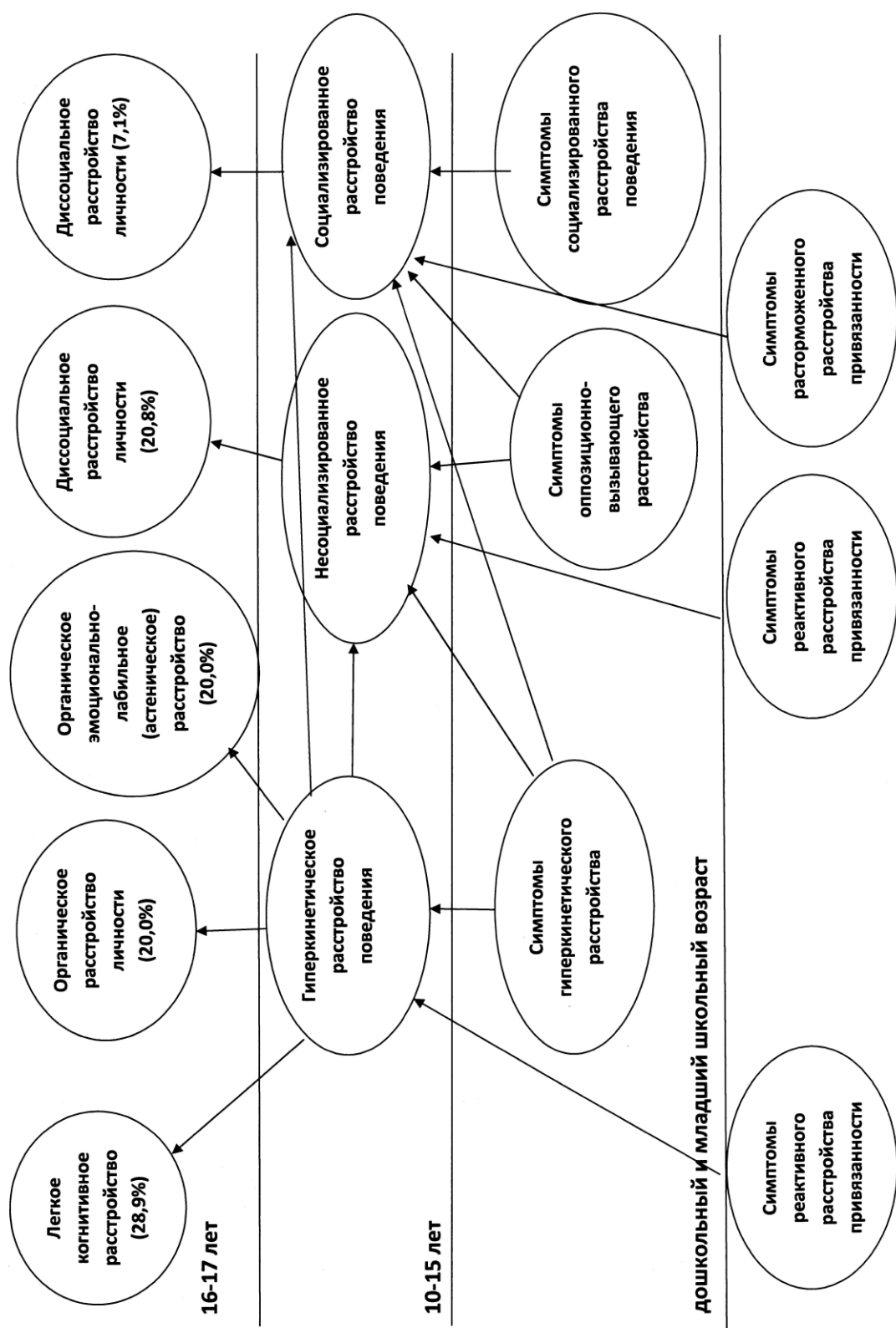


Рисунок 11. Возрастные закономерности симптомов РП.

4.5. Изучение количественных показателей форм расстройств поведения с рейтинговых значений шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей»

Адаптированный перевод на русский язык оригинального текста опросника «Низонжеровский опросник оценки поведения детей (версия для нормального интеллектуального развития)» [185] представлен в приложении 2.

Материал адаптации методики «Низонжеровский опросник оценки поведения детей» (версия для нормального интеллектуального развития) представлен в приложении 4.4.

Результаты группировки пунктов опросника в шкалы:

1. Шкала «Позитивное поведение». Оценка пригодности данных для выполнения факторного анализа представлена в таблице 261 приложения 4.4. Показатель меры адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина составил 0,852. Значение этого показателя выше 0,500 свидетельствует о применимости факторной модели. Это значит, что построенная факторная модель полно описывает структуру ответов шкалы [122]. Критерий сферичности Бартлетта свидетельствует о том, что корреляционные связи между переменными исходного массива существуют, и возможна их группировка на основании тесноты корреляции. Таким образом, исходная гипотеза о несуществующей связи отклонена с вероятностью ошибки 0,000. Анализ графика собственных значений (рисунок 58) позволил отобрать для анализа один фактор, объясненная совокупная дисперсия которого составила 50,735 % (таблица 262 приложения 4.4). Значения факторных нагрузок после статистической процедуры Varimax-вращения факторов (метод – «максимум правдоподобия») представлены в таблице 263 приложения 4.4.

2. Шкала «Проблемное поведение». Применение факторного анализа для группировки пунктов шкалы «Проблемное поведение» в шкалы не дало позитивных результатов в связи с тем, что корреляционная матрица переменных (пунктов опросника) не была положительно определенной. Причиной этому

является то, что переменные, составляющие факторы (шкалы), сильно коррелировали друг с другом.

В этих условиях для группирования пунктов опросника в шкалы был выбран метод кластерного анализа переменных, который можно рассматривать как более простой и наглядный аналог факторного анализа, позволяющий в то же время избежать недостатки последнего [128]. При этом группировка переменных в кластер (шкалы) проводится на основании их большего сходства друг с другом, чем с представителями других кластеров. Кластерный анализ переменных рассматривает в качестве мер различия/близости корреляционные связи, что делает сопоставимым его результаты с результатами применения факторного анализа. В то же время кластерный анализ переменных позволяет обойти такие традиционные недостатки факторного анализа, ограничивающие его использование, как, во-первых, потерю исходной информации данных, и, во-вторых, сильную корреляцию переменных, составляющих факторы.

В качестве метода кластеризации использовался иерархический агломеративный метод, осуществляющий классификацию путем последовательного объединения (агломерации) переменных в иерархические организованные группы.

Критерием объединения объектов в кластер послужил метод межгрупповой связи. В качестве меры различия применялась корреляция Пирсона. Использовались только положительные корреляции (абсолютные значения корреляций). Объект (переменная) присоединялся к данному кластеру, если значение его корреляции с переменными больше, чем корреляция с любым другим кластером.

Численность кластеров определялась на основе таблицы 264 (см. приложение 4.4) последовательности агломерации, позволяющей определить шаг, на котором отмечается резкое уменьшение величины корреляции между кластерами. В нашем случае резкое уменьшение величины корреляции (от 0,321 к 0,232) отмечено после шага 51, когда группа, содержащая объект 8 объединяется с группой, содержащей объект 20. На этом этапе, согласно дендрограмме

(рисунок 59) определяется 7 кластеров, один из которых представлен единственной переменной (пункт опросника № 3 «Льнул к взрослым, демонстрировал зависимость от них»). Так как единственный вопрос не может составлять шкалу, данный пункт был определен как непричастный ни к одной из шкал и, следовательно, был исключен из последующего анализа и окончательного перечня текста опросника.

Исходя из проведенного кластерного анализа переменных, можно говорить о 6 кластерах – шкалах раздела опросника «Проблемное поведение»: 1) расстройства поведения; 2) оппозиция; 3) сензитивность; 4) гиперактивность; 5) невнимательность; 6) эмоциональные нарушения.

Таким образом, апробация адаптированного варианта опросника на русскоязычной выборке (материале настоящего исследования) дает основания сопоставить с оригинальным англоязычным вариантом. Основные результаты сопоставления могут быть сформулированы следующим образом:

1) русскоязычная адаптированная версия выявила наличие 6 основных шкал, которые совпали с соответствующими шкалами оригинальной версии;

2) также, как и в оригинальной версии в результате кластеризации был исключен из текста опросника пункт № 3 «Льнул к взрослым, демонстрировал зависимость от них»;

3) исключенный в оригинальной версии пункт № 28 «Всеми силами пытался угодить другим» в русскоязычной версии кластеризовался в шкалу «Эмоциональные нарушения»;

4) наибольшие изменения претерпела шкала «Сензитивность». Кроме присутствующих в оригинальном варианте пунктов №№ 5, 13, 17, 18, к ней добавились: пункт № 12 «Легко расстраивался» (из шкалы «Невнимательность»), пункт № 19 «Чувствовал свою бесполезность или недооценивал себя» (из шкалы «Эмоциональные нарушения»), пункт № 28 «Всеми силами пытался угодить другим», пункт № 34 «Говорил, что его/ее никто не любит» (из шкалы «Эмоциональные нарушения») и пункт № 47 «Отмечались истерики» (из шкалы

«Оппозиционное поведение»). Итого: 9 пунктов вместо 4-х в оригинальном варианте;

5) без изменения по сравнению с оригинальным вариантом остались 14 пунктов шкалы «Отклоняющееся поведение» и 4 пункта шкалы «Гиперактивность»;

6) из шкалы «Оппозиционное поведение» исчез пункт № 47 «Отмечались истерики» (итого 8 пунктов по сравнению с 9 в оригинальном варианте);

7) из шкалы «Невнимательность» исчез пункт № 12 «Легко расстраивался» (итого 6 пунктов вместо 7 в оригинальном варианте);

8) из шкалы «Эмоциональные нарушения» исчез пункт № 19 «Чувствовал свою бесполезность или недооценивал себя» и пункт № 34 «Говорил, что его/её никто не любит» (итого 14 пунктов вместо 16 в оригинальном варианте). В итоге в русскоязычном адаптированном варианте пункты шкал выглядят следующим образом (см. таблицу 67).

Таблица 67 – Шкалы и пункты методики «Низонжеровский опросник оценки поведения детей» (версия для нормального интеллектуального развития)

№	шкалы опросника	пункты
1	Позитивное поведение	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
2	Расстройства поведения	4, 7, 10, 14, 22, 25, 30, 33, 40, 44, 48, 49, 53, 56
3	Оппозиция	2, 6, 9, 15, 23, 41, 42, 45
4	Сензитивность	5, 12, 13, 17, 18, 19, 28, 34, 47
5	Гиперактивность	20, 27, 29, 32
6	Невнимательность	8, 11, 16, 37, 38, 46
7	Эмоциональные нарушения	1, 21, 24, 26, 31, 35, 36, 39, 43, 50, 51, 52, 54

Изучение надежности (внутренней согласованности) шкал «Низонжеровский опросник оценки поведения детей» (версия для нормального интеллектуального развития). Средние значения, данные о нормальном распределении шкалы «Позитивное поведение» представлены в таблице 265 (приложение 4.5). В таблице 266 (приложение 4.5) представлена информация, касающаяся отдельных пунктов шкалы. Мы видим, что для 2 пунктов

коэффициент корреляции между элементом (пунктом шкалы) и итогом (суммарным баллом) низкий: пункт № 2 «Ясно излагал свои мысли» и пункт № 9 «Выглядел радостным, счастливым». Однако в силу положительного значения корреляции представляется, что данные пункты исключать нецелесообразно. Показатели надежности, рассчитанные по методу половинного расщепления, приводятся в таблице 267 (приложение 4.5). Из таблицы видно, что коэффициенты Спирмена-Брауна и Гуттмана характеризуют приемлемую внутреннюю согласованность шкалы ($> 0,7$).

Средние значения, данные о нормальном распределении шкалы «Расстройства поведения» представлены в таблице 268 (приложение 4.5). В таблице 269 (приложение 4.5) представлена информация, касающаяся отдельных пунктов шкалы. Из таблицы видно, что для пункта № 49 «Угрожал причинить вред» коэффициент корреляции между элементом (пунктом шкалы) и итогом (суммарным баллом) низкий (0,244). Однако в силу положительного значения корреляции необходимо данный пункт сохранить. Показатели надежности, рассчитанные по методу половинного расщепления, приводятся в таблице 270 (приложение 4.5). Из таблицы 270 видно, что коэффициенты Спирмена-Брауна и Гуттмана характеризуют высокую внутреннюю согласованность шкалы ($> 0,9$).

Средние значения, данные о нормальном распределении шкалы «Оппозиция» представлены в таблице 271 (приложение 4.5). В таблице 272 приложения 4.5 представлена информация, касающаяся отдельных пунктов шкалы. Коэффициенты корреляции между всеми элементами (пунктами шкалы) и итоговыми суммами (суммарным баллом) положительные, высокие и средние. Следовательно, все пункты сохраняются без изменения. Показатели надежности, рассчитанные по методу половинного расщепления, приводятся в таблице 273. Из таблицы видно, что коэффициенты Спирмена-Брауна и Гуттмана характеризуют высокую внутреннюю согласованность шкалы ($> 0,9$).

Средние значения, данные о нормальном распределении шкалы «Сензитивность» представлены в таблице 274 (приложение 4.5). В таблице 275 представлена информация, касающаяся отдельных пунктов шкалы. Из таблицы

видно, что коэффициенты корреляции между всеми элементами (пунктами шкалы) и итоговыми суммами (суммарным баллом) положительные, высокие и средние. Следовательно, все пункты сохраняются без изменения. Показатели надежности, рассчитанные по методу половинного расщепления, приводятся в таблице 276. Из таблицы видно, что коэффициенты Спирмена-Брауна и Гуттмана характеризуют достаточную внутреннюю согласованность шкалы ($> 0,8$).

Средние значения, данные о нормальном распределении шкалы «Гиперактивность» представлены в таблице 277 (приложение 4.5). В таблице 278 приложения 4.5 представлена информация, касающаяся отдельных пунктов шкалы. Из таблицы видно, что коэффициенты корреляции между всеми элементами (пунктами шкалы) и итоговыми суммами (суммарным баллом) положительные, высокие и средние. Следовательно, все пункты сохраняются без изменения. Показатели надежности, рассчитанные по методу половинного расщепления, приводятся в таблице 279. Из таблицы видно, что коэффициенты Спирмена-Брауна и Гуттмана характеризуют высокую внутреннюю согласованность шкалы ($> 0,9$).

Средние значения, данные о нормальном распределении шкалы «Невнимательность» представлены в таблице 280 (приложение 4.5). В таблице 281 представлена информация, касающаяся отдельных пунктов шкалы. Из таблицы видно, что коэффициенты корреляции между всеми элементами (пунктами шкалы) и итоговыми суммами (суммарным баллом) положительные, высокие и средние. Следовательно, все пункты сохраняются без изменения. Показатели надежности, рассчитанные по методу половинного расщепления, приводятся в таблице 282. Из таблицы 282 видно, что коэффициенты Спирмена-Брауна и Гуттмана характеризуют достаточную внутреннюю согласованность шкалы ($> 0,8$).

Средние значения, данные о нормальном распределении шкалы «Эмоциональные нарушения» представлены в таблице 283 (приложение 4.5). В таблице 284 приложения 4.5 представлена информация, касающаяся отдельных пунктов шкалы. Из таблицы 284 видно, что коэффициенты корреляции между

всеми элементами (пунктами шкалы) и итоговыми суммами (суммарным баллом) положительные, высокие и средние. Следовательно, все пункты сохраняются без изменения. Показатели надежности, рассчитанные по методу половинного расщепления, приводятся в таблице 285 приложения 4.5. Из таблицы 285 видно, что коэффициенты Спирмена-Брауна и Гуттмана характеризуют достаточную внутреннюю согласованность шкалы ($> 0,8$).

Сводная таблица значений α Кронбаха шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей» представлена в таблице 68.

Таблица 68 – Значения α Кронбаха шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей»

№	шкалы	α Кронбаха	α Кронбаха на основе стандартизованных элементов	N элементов
1	Позитивное поведение	0,731	0,726	10
2	Расстройства поведения	0,905	0,904	14
3	Оппозиция	0,912	0,914	8
4	Сензитивность	0,886	0,888	9
5	Гиперактивность	0,932	0,932	4
6	Невнимательность	0,857	0,855	6
7	Эмоциональные нарушения	0,901	0,902	14

Таким образом, результаты надежности (внутренней согласованности пунктов шкал), рассчитанные по 2-м методикам (α Кронбаха и метод половинного расщепления) свидетельствует о высокой и достаточной внутренней согласованности субшкал (таблица 68). Исключение составляет шкала «Позитивное поведение», которая имеет приемлемую согласованность и положительную корреляцию пунктов с суммарным баллом. Отмеченное позволяет использовать методику «Низонжеровский опросник оценки поведения детей» (версия для нормального интеллектуального развития) для задач настоящего исследования.

Данные о нормальном распределении шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей» представлены в таблице 286 (приложение 4.6). Из таблицы видно, что значения эксцесса и асимметрии по всем шкалам ниже 1. Это говорит о том, что выборка соответствует нормальному распределению и можно применять параметрические статистические методы для анализа данных.

Средние значения шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей» представлены в таблице 69.

Таблица 69 – Средние значения шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей»

№	шкалы	среднее значение	средняя ошибка	стандартное отклонение
1	Позитивное поведение	14,02	0,29	4,88
2	Расстройства поведения	8,51	0,52	8,77
3	Оппозиция	11,40	0,37	6,14
4	Сензитивность	11,32	0,39	6,59
5	Гиперактивность	4,47	0,24	3,96
6	Невнимательность	7,32	0,21	3,54
7	Эмоциональные нарушения	12,51	0,52	8,77

Различия средних значений шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей» при разных сроках начала РП представлены в таблице 70.

Таблица 70 – Средние значения шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей» у пациентов с разными сроками начала РП

№	шкалы	раннее начало РП M±m	позднее начало РП M±m	p
1	Позитивное поведение	12,09±0,36	15,72±0,43	0,001*
2	Расстройства поведения	7,52±0,59	10,32±0,77	0,001*
3	Оппозиция	7,76±0,43	15,55±0,56	0,001*
4	Сензитивность	11,50±0,51	11,16±0,67	0,113
5	Гиперактивность	4,95±0,32	4,04±0,37	0,001*
6	Невнимательность	7,65±0,27	7,02±0,33	0,039*
7	Эмоциональные нарушения	13,95±0,67	11,24±0,84	0,001*

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

Из таблицы 70 видно, что 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». Выявленные закономерности согласуются с вышеописанной структурой поведенческих расстройств, согласно которой «Гиперкинетическое расстройство поведения» чаще начинается в возрасте младше 10 лет, а в возрасте старше 10 лет преобладает диагноз «Социализированное расстройство поведения» в структуре всех поведенческих расстройств (87,3%). Обозначенные закономерности наглядно представлены на рисунке 12.

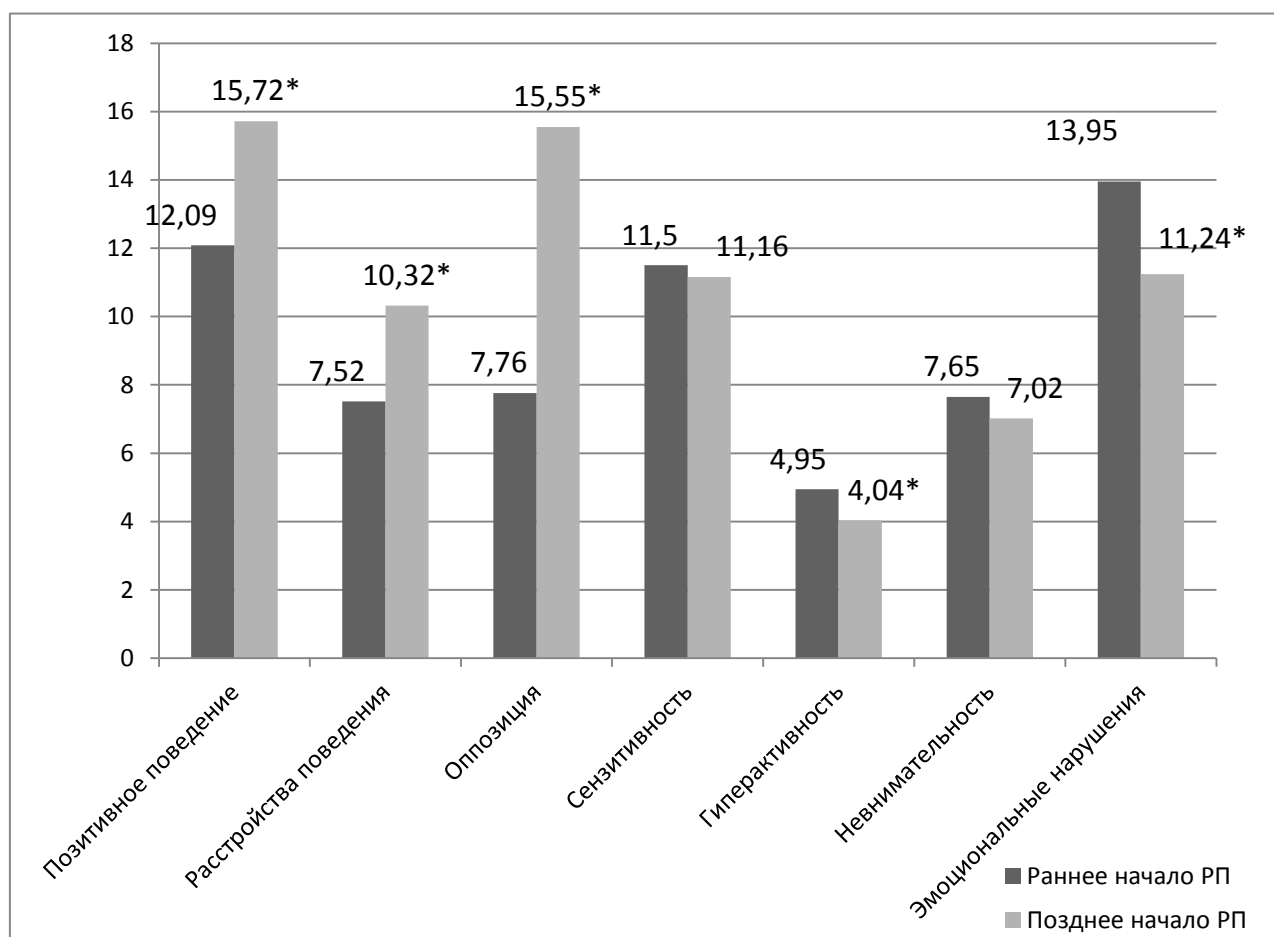


Рисунок 12. Средние значения шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей» у пациентов с разными сроками начала РП.

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

В таблице 71 представлены средние значения шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей» при употреблении разных видов ПАВ.

Таблица 71 – Средние значения шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей» при употреблении разных видов 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 подгруппа – употребление алкоголя с ВП; 4 подгруппа – употребление стимуляторов с ВП.

Различия средних значений шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей» в зависимости от вида употребляемого ПАВ. Расчет различий средних значений шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей» в зависимости от вида употребляемого ПАВ проводился с помощью однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA). Расчеты представлены в приложении 4.7.

Проводилось множественное сравнение групп (см. приложение 4.7, таблицы 288, 292, 296, 300, 304, 308, 312). Выбор методики множественного сравнения пар средних значений определялся однородностью/неоднородностью дисперсии, которая выявляется с помощью критерия Ливиня [128] (см. приложение 4.7, таблицы 289, 293, 297, 301, 305, 309). Значение критерия Ливиня ниже 0,05 позволяло выбрать метод T2 Тамхейма. Значение 0,05 и выше делало

необходимым использование метода Шеффе (см. приложение 4.7, таблицы 290, 294, 298, 302, 306, 310, 314).

Результаты однофакторного дисперсионного анализа (множественное сравнение) представлены в таблице 72.

Таблица 72 – Различия средних значений шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей» при употреблении различных видов ПАВ по результатам множественных сравнений (ANOVA)

шкалы	средняя разность (I-J) и риск ошибки					
	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
Позитивное поведение	0,986	1,000	0,999	0,999	0,966	0,999
Расстройства поведения	0,552	1,000	1,000	0,676	0,974	1,000
Оппозиция	0,901	0,847	0,895	0,992	0,626	0,585
Сензитивность	0,545	0,984	0,946	0,900	0,448	0,867
Гиперактивность	1,000	0,964	1,000	0,940	1,000	0,928
Невнимательность	0,643	0,948	0,995	0,982	0,942	0,997
Эмоциональные нарушения	1,000	0,889	0,988	0,895	0,983	0,829

Примечание: 1 – употребление опиоидов, 2 – употребление летучих растворителей, 3 – употребление алкоголя, 4 – сочетанное употребление стимуляторов и каннабиноидов.

* – различия статистически достоверны по результатам множественных сравнений ANOVA.

Расчет средних значений шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей» показал, что достоверных различий между этими показателями при различных видах употребляемых ПАВ не обнаружено. Это говорит о том, что пациенты, употребляющие разные ПАВ не отличаются друг от друга по формам РП, на фоне которых это аддиктивное поведение развивается.

Таким образом, изучение форм РП с помощью «Низонжеровского опросника оценки поведения детей» позволило сделать следующие выводы:

1) при раннем начале РП отмечаются более высокие значения шкал, отражающих выраженность гиперкинетического расстройства поведения («Гиперактивность», «Невнимательность», «Эмоциональные нарушения»). При

позднем начале РП отмечаются более высокие значения шкал, отражающих выраженность социализированного и несоциализированного РП (шкалы «Расстройства поведения» и «Оппозиция»). Отмеченная закономерность согласуется со структурой поведенческих расстройств в разных возрастах, согласно которой «Гиперкинетическое расстройство поведения» чаще начинается в возрасте младше 10 лет, а возрасте старше 10 лет преобладает диагноз «Социализированное расстройство поведения» (87,3%);

2) не выявлено различий шкал опросника у пациентов, употребляющих различные виды ПАВ с ВП, что говорит о сходстве форм РП при различных видах аддиктивного поведения.

ГЛАВА 5. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

5.1. Клинико-психопатологическое описание симптомов употребления психоактивных веществ с вредными последствиями в динамике

5.1.1. Клинико-психопатологическая характеристика употребления опиоидов с вредными последствиями в динамике

Обследовано 89 пациентов. Их средний возраст составил $15,6 \pm 0,1$ года. Среди них было 43 мальчика-подростка (средний возраст – $15,6 \pm 0,2$ года) и 46 девочек-подростков ($15,7 \pm 0,2$ года). Средние возраста мальчиков-подростков и девочек-подростков достоверно не различались ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни).

Средний возраст начала употребления ПАВ составил $13,7 \pm 0,1$ года (мальчики-подростки – $13,6 \pm 0,2$ года, девочки-подростки – $13,8 \pm 0,3$, $p > 0,3$ по критерию U по Манна-Уитни). Длительность употребления ПАВ к моменту начала наблюдения составила – $1,91 \pm 0,1$ года.

В динамике проводилось 2-хкратное клиническое исследование. Первый раз все пациенты наблюдались с основным диагнозом «Расстройства поведения»: «Гиперкинетическое расстройство поведения» (F 90.0), «Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи» (F 91.0), «Несоциализированное расстройство поведения» (F 91.1), «Социализированное расстройство поведения» (F 91.2). Сопутствующим диагнозом во всех случаях был «Употребление опиоидов с вредными последствиями» (F 11.1), что отражало их состояние на момент обследования. При повторном наблюдении всем пациентам был выставлен диагноз «Психические и поведенческие расстройства в результате

употребления опиоидов. Синдром зависимости. Воздержание в условиях, исключающих употребление» (F 11.21).

Пациенты поступали в медицинские учреждения по настоянию родителей, осмотра районного нарколога, по направлению педагогов интернатов, направлению работников приютов, правоохранительных органов (после совершения правонарушений и мелких преступлений) и др. Основанием для направления в медицинские учреждения, как правило, были: грубые расстройства поведения, проявляющиеся длительным отсутствием дома, в том числе в ночное время, уходом из интерната, конфликтностью, протестными реакциями, отказом выполнять требования взрослых, отказом посещать школу, ложью, воровством, совершением мелких правонарушений и др. На этапе сложившейся зависимости основаниями для госпитализации были: наркоманическое поведение (пребывание в наркоманических компаниях), продажа наркотиков, воровство вещей, в том числе вынесенных из дома, шантажное требование у родителей денег на наркотики, откровенный отказ учиться, работать, заведение уголовного дела и др.

Употребление опиоидов на начальном этапе достаточно длительно сочеталось с использованием других ПАВ. Чаще всего употреблялись слабоалкогольные напитки (81 чел., 91,0%), летучие растворители (толуол, «Карат», «Спрут» - 54 чел., 60,7%), анальгетики (буторфанол, стадол – 51 чел., 57,3%), стимуляторы («спиды», «винт», «джеф», «эфедрон», «марцефаль» - 43 чел., 48,3%), каннабиноиды (марижуана, гашиш - 41 чел., 46,1%), галлюциногены («грибы» - 8 чел., 8,9%). У 39 пациентов (43,8%) отмечался интраназальный прием героина в течение 1-4 мес. до перехода к инъекционному его введению.

К моменту повторного поступления и постановки диагноза «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Синдром зависимости. Воздержание в условиях, исключающих употребление» (F 11.21) пациенты принимали героин в течение 3-18 мес. (в среднем $10,70 \pm 0,1$ мес.). Дату начала систематического приема пациенты, как правило, называли приблизительно. Это обычно связывалось с какими-то внешними причинами и обстоятельствами. Наиболее распространенным был ответ: «Принимаю героин с

лета» (46 чел., 51,7%). Среди других обстоятельств, предшествующих началу систематического приема опиоидов, назывались такие, как «ушла жить к подруге и стала колоться», «познакомилась с парнем», «убежал из интерната», «проживала с молодым человеком, который продавал наркотики».

В качестве причин начала употребления героина довольно много пациентов (29 чел., 32,6%) назвали наркотизацию сиблингов («подсадила» старшая сестра, «брат колелся, вышел из тюрьмы», «сестра 9 лет употребляет»). В 8 случаях причину собственной наркотизации больные видели в соответствующем поведении родителей (отец) и близких родственников (тетя, дядя). В 3 случаях употреблению героина предшествовало вовлечение девушек в занятие проституцией наркотизирующимися матерью или тетей. Большинство девушек (25 чел., 54,4%) в качестве причин начала употребления героина называли влияние совместно проживающего с ней молодого человека, который в большом числе случаев был «драг-дилером». 15 пациентов (16,8%) в качестве причины начала приема героина называли формирующуюся зависимость от других наркотиков («надо было слезть с алкоголя», «было тяжело от джефа»).

К моменту поступления в медицинские учреждения практически все пациенты смогли довольно точно назвать дозу принимаемого наркотика, что отражало факт признания у них «проблем с героином» и присутствие формальной критики к заболеванию («так больше не могу», «сам все понимаю»). При этом вектор вины был больше направлен в сторону окружающих («все вокруг колются» и др.). Причем проблема влияния окружающих гиперболизировалась («завязала..., но везде можно отыскать барыгу», «где живем?»). Практические все пациенты отметили, что их начальная доза героина составляла 0,125 гр. На момент поступления в больницу 80 из 89 пациентов (89,9%) сообщили, что принимали героин в дозе 0,5-1 гр. в день. Частота приема героина у всех поступивших в стационар пациентов составила 2 или 3 раза в день. Наркотик принимался ежедневно. У 11 чел. (12,4%) в анамнезе отмечались передозировки с лечением в условиях реанимации. 15 чел. (16,9%) отмечали в прошлом спонтанные ремиссии («сама переламявалась») с последующим быстрым

возобновлением наркотизации (в течение 1 мес.). У 41 пациента (46,1%) использование опиатов сочеталось с употреблением алкоголя. У 19 пациентов (21,3%) отмечалось сопутствующее употребление димедрола и/или стимуляторов.

В структуре опиоидного опьянения у большинства пациентов (71 чел., 79,8%) на первом плане отмечался подъем настроения эйфорического или экстатического типов («приподнятое настроение...», «улыбаешься», «пребываешь в кайфе», «блаженство...» и др.). Часто присутствовал витальный компонент опьянения («легкость», «все становится легко»). Также описывалось улучшение самочувствия («становится хорошо», «внутри приятно» и др.). Длительность этого состояния колеблется от 1 до 3-4 час.

66 больных (74,1 %) в момент опьянения переживали сужение сознания на значимом круге переживаний, которое субъективно оценивались положительно («приятные мысли», «думаешь только о хорошем», «можешь представить себе самое хорошее»). Именно с этим для большинства больных (66 чел., 74,1 %) связывалась «приятность» и «желательность» состояния героинового опьянения. Особую ценность для больных имело исчезновение в этот момент тягостных мыслей и проблем («нет проблем, беззаботность...», «забываешь все плохое», «не вспоминаешь о тяжелом», «отключаешься», «находишься где-то там, далеко от людей», «ни о чем не думаешь» и т.д.).

Сенестопатический компонент опьянения присутствовал в 42 случаях (47,9%). Он проявлялся внезапно возникающими (как правило, уже в момент инъекции) приятными температурными ощущениями, часто сравниваемые с «волной», «ударом» («ощущение тепла», «приход по венам в голову», «разлом по всему телу и далее кайф» и т.д.).

У 70 больных (78,6%) был выражен двигательный компонент опьянения – субъективно ощущаемая заторможенность («находишься в полном покое», «состояние неподвижности», «расслабление идет по телу», «хочется глаза закрыть и неподвижно сидеть», «расслабуха» и др.). Описывалась анергия («слабость», «лень что-то делать», «не хочется разговаривать», «разговаривала с трудом»). Больные переживали сомнолентное состояние («зарубает спать», сонливость,

«зарубаешься и ловишь кайф», «клонит в сон» и др.). Однако в ряде случаев (9 чел., 10,1%), наоборот, отмечался подъем двигательной (чаще речедвигательной) активности («становлюсь болтлива», «хочется гулять с друзьями»).

18 чел. (20,2%) в качестве ведущих переживаний описывали переживание бодрости, повышенной активности, чувства «ясности в голове». Это, как правило, сопровождалось улучшением самочувствия.

При сочетанном применении героина и димедрола у 7 больных (78,6%) описывались гипногические галлюцинации («глюки с закрытыми глазами: стена сдвигается с железными шипами..., страшно...»).

Героиновый абстинентный синдром у более половины пациентов (50 чел., 56,2%) проявлялся в развернутой форме (диссомнический, соматовегетативный, алгический, психопатологический компоненты).

Диссомния как составляющая героинового абстинентного синдрома отмечалась у всех пациентов, но лишь в 58 случаях (59,2%) имела типичный мучительный характер, придающий абстиненции тягостность («3 дня не могу уснуть..., с каждым днем все хуже и хуже»).

Соматовегетативные симптомы разной степени выраженности описывали у себя все пациенты. Чаще всего встречались: насморк, чихание, слизистые выделения из носа (89 чел.), потливость (60 чел.), зевота (35 чел.), тошнота, рвота (67 чел.), гусиная кожа (19 чел.), слезотечение (10 чел.), приступы озноба/жара («то жарко, то холодно») (31 чел.), повышение температуры тела («как заболел») (41 чел.), кардиалгии («сердце щемит») (11 чел.).

Болевой синдром (сенестопатический) отчетливо отмечался у 63 пациентов (70,8%) («кости выкручивает, ноги и спину ломает», «крутит руки и ноги», «руки и тело выкручивает», «болят суставы», «ноги крутит как змея внутри ползает», «ноги крутит в коленях», «крутит кости под коленями»). В других случаях (15 чел., 16,9%) болевой синдром проявлялся чувством дискомфорта в спине и икроножных мышцах («икры, поясницу тянет»), характерным желанием «потянуться» («хочется потянуться, но никак не вытянуться»). Рудиментарные проявления болевого синдрома (11 чел., 12,4%) описывались в виде беспокойства,

невозможности занять удобное положение тела («не можешь сидеть и лежать») и недифференцированного телесного дискомфорта («трудно сравнить ощущение: не больно, но и не приятно»).

Психопатологические расстройства в структуре героиновой абстиненции формально описывались как аффективные симптомы дистимического (16 чел., 17,9%), дисфорического (17 чел., 19,1%), тревожного (7 чел., 7,9%), тревожно-ипохондрического (5 чел., 5,6%), смешанного (44 чел., 49,4%) типов («становлюсь очень нервная», «появляется раздражительность – «дома все стулья переломал», «боялась, что остановится сердце» и др.).

Характерной особенностью всех эмоциональных симптомов была их нестойкость и изменчивость. Интенсивность эмоциональных симптомов зависела от «внешних» обстоятельств (планируемые сроки лечения и выписки, внимание со стороны родителей, «ваучерного» поощрения соблюдения лечебного режима). Часто жалобы носили противоречивый характер, сочетали в себе, с одной стороны, драматическую оценку собственного состояния а, с другой стороны, утрированную уверенность в собственном здоровье и силах в случае, если пациента «скоро выпишут».

В более половине случаев (50 чел., 56,2%) больные говорили также о «депрессивном состоянии», ссылаясь на отсутствие «цели в жизни», «нежелание жить». Однако объективно у них не наблюдалось подавленности, стойкого чувства безысходности, идей самообвинения и малоценности, что не давало оснований ни в одном случае квалифицировать описанное состояние как депрессивное. Постановке диагноза «депрессивный синдром» противоречило также наличие аффективных переживаний разной модальности, сочетающих в себе элементы растерянности, отчаяния, злобы, раскаяния, самообвинения с наглым, бесцеремонным, демонстративным рисунком поведения.

Объективное клиническое наблюдение позволило рассматривать вышеописанные абстинентные аффективные симптомы в рамках проявлений компульсивного влечения к наркотикам. Сопровождающие их поведенческие расстройства в виде характерной назойливости, гротескных жалоб,

демонстративного привлечения внимания к своему «тяжелому положению», драматизации физических ощущений и жалоб («неописуемая тяжесть в голове») позволили исключить диагноз самостоятельного аффективного расстройства и не рассматривать необходимость применения психотропной терапии, направленной на коррекцию эмоциональных симптомов.

Последствием систематического употребления героина была, прежде всего, потеря статуса учащегося. Имея неплохой образовательный анамнез (25,8% обучались по массовой программе, 22,5% обучались по массовой программе с дублированием классов, 6,7% обучались в среднем профессиональном училище и 4,5% обучались в вузе), большинство пациентов после начала систематического употребления опиатов с ВП не учились и не работали (61 чел., 68,5%). 14 чел. (15,7%) формально числились учащимися общеобразовательных школ, однако на момент повторного обследования отсутствовали на занятия от 6 до 9 мес. 9 чел. (10,1%) имели непостоянную работу (чаще официантка, автослесарь). Материальные средства на наркотики более половины подростков (52 чел., 58,4%) получали от родителей разными способами («выпрашивали», продавали вещи из дома). 40 пациенток (44,9%) прибегали к услугам молодых людей, сожителей или занимались проституцией. 15 чел. (16,8%) заявили, что наркотиками безвозмездно их «угощают» друзья. В 33 случаях (33,7%) деньги добывались путем систематических правонарушений. 17 чел. (17,3%) имели судимость, 10 чел. (11,2%) – неоднократную. Около половины пациентов (44 чел., 49,4%) в различный период жизни принимали непосредственное участие в нелегальном обороте наркотиков. 27 чел. были инфицированы ВИЧ (30,3%). У 67 пациентов (75,3%) был гепатит С.

Таким образом, на основании клинико-динамического анализа клинических проявлений употребления опиоидов с ВП и зависимости от них можно сделать следующие выводы:

1) у большинства пациентов в динамике при повторном осмотре отмечались типичные клинические проявления зависимости от опиоидов (героина), выражающиеся характерным героиновым опьянением (79,8%),

развернутым абстинентным синдромом (56,2%), типичными последствиями наркотизации. Это совпадает с имеющимися литературными описаниями закономерностей развития героиновой наркомании у подростков [144];

2) систематическому употреблению героина предшествовал довольно длительный период эпизодического приема других ПАВ (алкоголь, толуолосодержащие средства, стимуляторы и др.). Длительность приема героина составила в среднем $10,70 \pm 3,764$ мес. при общей продолжительности приема наркотиков $1,91 \pm 0,973$ лет. Это обстоятельство позволяет видеть существенную роль аддиктивного поведения в формировании систематической зависимости от ПАВ, а также вклад расстройств поведения в этот процесс;

3) клинико-психопатологический анализ абстинентного синдрома позволил рассматривать аффективные симптомы абстиненции во всех случаях в рамках обострения компульсивного влечения к наркотику. Общий фон проявления эмоциональных симптомов, их динамика (нестойкость, изменчивость, зависимость от внешних факторов) и клинические особенности (сопровождающий «психопатоподобный» рисунок поведения) не позволяют говорить об отдельно сформированных аффективных психических расстройствах, сопровождающих героиновый абстинентный синдром и требующий специфической терапии.

5.1.2. Клинико-психопатологическая характеристика употребления летучих растворителей с вредными последствиями в динамике

Обследовано 95 пациентов. Их средний возраст составил $15,2 \pm 0,1$ года. Среди них было 52 мальчика-подростка (средний возраст – $15,3 \pm 0,2$ года) и 43 девочки-подростка ($15,0 \pm 0,1$ года). Средние возраста мальчиков-подростков и девочек-подростков достоверно не различались ($p > 0,2$ по критерию U Манна-Уитни).

Средний возраст начала употребления ПАВ был $12,7 \pm 0,1$ года (мальчики-подростки – $12,9 \pm 0,2$ года, девочки-подростки – $12,6 \pm 0,2$ года, $p > 0,3$ по критерию U по Манна-Уитни). Длительность употребления летучих растворителей к моменту начала наблюдения составила – $2,4 \pm 0,1$ года.

Из употребляемых летучих растворителей во всех случаях использовался толуол и его производные. В порядке частоты встречаемости применялись: средство для очистки кожи «Карат», толуол (растворитель), клей «Спрут», морилка, резиновый клей.

У большинства обследованных (71 чел., 74,7%) опьянение летучими растворителями протекало в типичной форме. После нескольких ингаляций раствора отмечались вегетативные проявления – тошнота, головокружение («все расплывается перед глазами»), головная боль, тахикардия («колотилось сердце»), кашель. Через несколько минут повышалось настроение («...хорошо, бодрее, веселее...»). В этом состоянии подростков тянуло к общению («...ходили по дворам, гуляли, сидели во дворе...»). Отмечалась повышенная говорливость («...о чем-то подолгу говорила...»), двигательная расторможенность («...хочется бегать, играть...»). В однократном наблюдении преобладал дурашливый фон настроения, подросток по очереди звонил в каждую дверь, говорил «Здравствуйте», а потом нелепо смеялся. У 75 пациентов (78,9%) отмечалось нарушение субъективного ощущения течения времени («казалось, что прошло 5 мин., а на самом деле 2 часа»).

Среди симптомов нарушения восприятия у 80 чел. (84,2%) преобладали искажения восприятия («...двигался стол, открывались двери...», «шатались, рушились стены...», «менялась окраска домов», «двигались лампы, висящие на потолке»). Часто отмечались иллюзии (59 чел., 62,1%), на стене «виделись цветочки – розы, тюльпаны, васильки...». У 12 чел. (12,6%) встречались элементарные зрительные галлюцинации («белые точки бегали по пакетику»). Типичной тематикой «видений» в 62 случаях (65,3%) были персонажи мультфильмов («зайцы», «гоблины» и т.д.). Они «сидели на небе, бегали по стенкам, по потолку». Это отдаленно напоминало экран телевизора («как кино

показывают...»). Реже (13 чел., 13,7%) встречались живые люди («мужчины, женщины, девочки, мальчики»). Они, как правило, были уменьшены в размере («маленького роста»), но некоторые виделись «как великаны на расстоянии 1 км». Типичной особенностью указанных феноменов явилось то, что они сопровождалась положительной эмоциональной окраской. Реже отмечались «страшные глюки» – «летающая тарелка, круглая, большая, не такая, как в мультфильме», «отрывки фильма ужасов» (15 чел, 15,8%). В одном из наблюдений пациент в состоянии опьянения летучими растворителями «играл в спецназ». Окружающие видели, как подросток «делал вид, что надевает каску, стреляет, сражается, прячется за кустами, бросает гранату». В этом состоянии к нему «опасно было подходить – может ударить, повалить на пол; но тут же поднимет, извинится».

Характерным отличием расстройств восприятия явилось их возникновение «на заказ», после того, как больные на них «настраивались». Подростки говорили, что «глюки нужно ловить» («это воображение.., сам себе их представляю», «нужно смотреть в одну точку», «на что настроишься, то и увидишь», «напряжешься – сразу все исчезнет»). В 19 случаях (20,0%) опьянение заканчивалось синдромом помраченного сознания делириозно-онейроидного типа. Так, больная Н., 14 лет описывала состояние, когда «дышала на землю, а оттуда вылезали какие-то щипцы, как клешни у крабов». Клешни хватали за ногу, тянули под землю, видела текущую из ноги кровь. Звала на помощь, прилетал «гном» размером в 25-30 см и «спасал каким-то волшебством». Потом «крабы» вылезали «ото всюду», убегала от них, но они «появлялись вновь». Однажды явился ангел, видела его тень, он «стоял за спиной».

У 24 пациентов (25,3%) отмечались токсические формы опьянения, проявляющиеся многократной рвотой, головокружением, гиперемией лица («лицо горело»), шаткостью походки («все время падала, друзья поднимали»), дизартрией («заплетался язык»). В постинтоксикационном состоянии наблюдалось хриплое учащенное дыхание, бледность и отечность лица,

«остекленевший взгляд», слабость, сонливость. В последующие дни были жалобы на головную боль, боль в животе, «отваливались» ноги.

На стадии аддиктивного поведения употребление летучих растворителей носило эпизодический характер, происходило в компании. Отмечались уходы из дома или из интерната на 2-3 дня, во время которых подростки жили в асоциальных условиях, не ели, постоянно или периодически вдыхали растворитель. Подобные эпизоды происходили 3-4 раза в мес. Таким образом, преобладала групповая форма зависимости. Она была описана у 90 пациентов (94,7%).

Синдром зависимости от летучих растворителей, выявленный у 68 пациентов (71,6%), в среднем формировался за $16,9 \pm 2,19$ мес.

Учитывая дискуссионный характер вопросов клинических проявлений зависимости от летучих растворителей, проводился тщательный анализ некоторых наиболее очевидных ее проявлений.

На наличие сформировавшейся психической зависимости от летучих растворителей указывали специфические симптомы. Это, прежде всего, признаки индивидуальной психической зависимости (в отличие от групповой на стадии доболезненного употребления), отражающие наличие личной мотивации к приему растворителя. О ее формировании свидетельствовали периоды употребления токсиканта в одиночестве, которые были зафиксированы в 40 случаях (42,1%). Употребление летучего растворителя носило сверхценный характер. Отмечалось сужение круга интересов вокруг «привычного занятия». Все силы тратились на поиск растворов, которые покупались «про запас» и хранились в специально отведенном месте (39 наблюдений, 41,1%).

Отмечалась потеря ситуационного контроля при использовании токсиканта. Пациенты употребляли растворитель в присутствии посторонних людей, в переходе метро, в школе на уроке, на вокзале, на глазах полиции (65 чел., 68,4%). Отсутствовала осторожность во время ингалирования, проявляющаяся откровенным его характером, когда пациенты не испытывали чувства стеснения при виде взрослых, учителей, представителей закона.

У 67 чел. (70,5%) в клинике зависимости от летучих растворителей на первом плане наблюдалось патологическое влечение. Вынужденный перерыв в употреблении, связанный с отсутствием растворителя (например, госпитализация в соматический стационар после острого отравления), приводил к раздражительности и даже злобно-тоскливому аффекту (54 пациента, 56,8%). Вне доступа к токсиканту пациенты демонстрировали полное безразличие к чему-либо, отмечалась вялость, анергия, головная боль, шаткость походки, бессонница, тремор (57 чел., 60,0%).

Вопрос о наличии абстинентного синдрома у пациентов, зависимых от летучих растворителей, в рамках настоящего исследования не получил утвердительного ответа. Такие симптомы, как головная боль, бессонница, потливость, мышечный тремор, нарушение координации движений, аритмия, возникающие вне опьянения, рассматривались во всех случаях в рамках затяжного постинтоксикационного состояния.

С одной стороны, наличие эмоциональных симптомов дистимически-дисфорического круга можно было бы трактовать как аффективную составляющую абстинентного синдрома. С другой стороны, их, видимо, следует рассматривать как симптомы влечения к токсическому веществу, которые возникают отдельно от синдрома отмены. Не было полной ясности относительно таких «абстинентноподобных» нарушений, как головная боль, шаткость походки, бессонница, тремор. Их можно было бы расценить и как следствие отмены психоактивного вещества, и как стойкие проявления хронической интоксикации (или, в ряде случаев, острое постинтоксикационное состояние). Не было получено убедительных доводов в пользу того, что возобновление приема летучего растворителя после вынужденной отмены приводит к обязательному купированию вышеотмеченных соматовегетативных и неврологических симптомов. Это обстоятельство позволило усомниться в причастности описанных проявлений к абстинентным нарушениям.

Также остался открытым вопрос о существовании компульсивного (непреодолимого) влечения к летучим растворителям. В ряде случаев препятствие

токсикоманическому поведению, со слов родственников и/или воспитателей, сопровождалось выраженными аффективными реакциями. Однако специфика подобного поведения в отношении его причастности именно к употреблению токсикантов не вполне очевидна. Данное поведение было мало отличимо от грубых протестных реакций, сопровождающих уход подростка из дома. Эти протестные реакции были направлены скорее на окружающую ситуацию в целом (протест против окружения), чем на преграду реализации патологического влечения. Тяга к токсиканту как таковому все же больше возникало в токсикоманической компании, знакомой ситуации или месте, где пациент чувствовал психологический комфорт. Таким образом, даже в рамках сложившейся психической зависимости тяга к летучему растворителю в значительной степени была обусловлено ситуационными факторами.

Важное место среди проявлений синдрома зависимости занимал такой симптом, как трансформация картины опьянения. У пациентов в первую очередь исчезали расстройства восприятия. О том, что «глюков нет больше» заявило 69 пациентов (72,6%), обследованных на стадии зависимости. С течением времени редукции подвергался также аффективный (эйфория) и двигательный компоненты опьянения. Отсутствие ранее имевшей место радости, активности, возбуждения отмечал 51 пациент (53,6%). Структура опьянения в этот период в основном была представлена седативным компонентом («расслабление») и расстройством сознания по типу обнубиляции или сомноленции («отключка»). 11 пациентов (11,5%) описывали у себя так называемый «управляемый сон», когда пациенты «контролировали» свое сомнолентное состояние. Подростки ингалировали токсикант до состояния сомноленции, а затем повторно вдыхали при начальных признаках пробуждения. Таким образом, первоначально введенная доза «поддерживалась» многократным повторным приемом. 34 чел. (35,7%) в анамнезе отмечали у себя неоднократные токсические формы опьянения (до уровня сопора) с полной амнезией и последующим длительным восстановлением ясности сознания, тяжелыми астеническими и вегетативными последствиями.

В рамках сложившейся зависимости от летучих растворителей 43 пациента (45,3%) эпизодически принимали анальгетики типа буторфанола или стадола (наблюдения касаются временного периода, когда данные препараты были в свободной продаже). Основным мотивом использования анальгетиков было купирование головных болей. Чаще всего анальгетики вызывали расслабление (36 чел., 83,7%), реже покой, сонливость (24 чел., 55,8%). Отмеченные нами наблюдения совпали с литературными данными относительно использования токсикозависимыми подростками препаратов группы анальгетиков [93]. 63 пациента (66,3%) эпизодически или регулярно принимали алкоголь.

На этапе формирования зависимости у 58 подростков (61,1%) употребление летучих растворителей носило постоянный характер. Перерывы в употреблении токсикантов, отмеченные в остальных случаях, носили либо вынужденный, либо спонтанный характер. Спонтанные ремиссии на этапе выраженных соматических и неврологических последствий употребления растворителей описывались у 20 чел. (21,1%).

Последствием систематического употребления летучих растворителей была, прежде всего, потеря статуса школьника (обучающегося). Подростки полностью забрасывали учебу, иногда на длительный срок (до 4 лет).

Учитывая, что более половины обучались по специальной программе коррекционного («ЗПР») (48 чел., 50,5%) или вспомогательного (8 чел., 8,4%) типов, длительная социально-педагогическая запущенность усугубляла изначально неблагоприятный прогноз пациентов, что, в конечном счет, обуславливало их статус асоциальности. Более половины (52 чел., 54,7%) не имели никакого социального статуса (не работали и не учились).

45 чел. (47,4%) были сиротами, или их родители были лишены прав. Однако лишь 10 чел. (10,5%) в медицинское учреждение поступили из интерната. 58 чел. (61,1%) поступили в отделение, находясь в побеге или временном приюте пребывания. 32 подростка (33,7%) были бездомными. Они, как правило, жили группами в асоциальных условиях (подвалы, чердаки).

Отмечались последствия хронической интоксикации в виде соматического истощения, снижения массы тела (61 чел., 64,2%). У 43 чел. (42,6%) выявлялся типичный хабитус «токсикомана» (истонченные волосы, ломкие ногти с белыми полосками, бледность кожи, «запавшие» глазницы и др.). У 37 пациентов (38,9%) отмечались стойкие неврологические симптомы в виде шаткости походки, тремора рук, гиперрефлексии. 68 чел. (71,6%) страдали хроническими заболеваниями дыхательных путей. 14 чел. были инфицированы ВИЧ (14,7%). У 20 пациентов (21,1%) был гепатит С.

У более половины пациентов (50 чел., 63,2%) в момент клинической беседы выявлялись стойкие интеллектуально-мнестические расстройства, укладывающиеся в картину психоорганического синдрома. В первые дни стационарирования у всех пациентов описывалась подавленность, напряженный взгляд, быстрая утомляемость, истощаемость при беседе. Обращала внимание примитивность суждений, низкий словарный запас, отсутствие элементарных социальных компетенций, знаний об окружающем мире. Выявлялся конкретный, поверхностный характер ассоциаций. Было характерно эмоциональное огрубление, «взрослый» цинизм в сочетании с детскостью и незрелостью внутреннего мира.

Таким образом, исходя из клинико-динамического наблюдения пациентов с употреблением летучих растворителей с ВП, можно сделать следующие выводы:

1) анализ психопатологической структуры опьянения летучими растворителями позволяет выявить у всех пациентов разнообразие клинических проявлений опьянения, включающих расстройства настроения (эйфорического типа), двигательные нарушения (расторможенность, в том числе речевая), нарушения восприятия различных типов – искажения (нарушение восприятия течения времени, оптико-вестибулярные расстройства, иллюзорные восприятия, визуализированные представления, индуцированные «кинематографические» и микроскопические галлюцинации). В типичных случаях отсутствовали истинные зрительные галлюцинации, а их появление отмечалась в структуре помрачения сознания делириозного типа и смешанного (делириозно-онейроидного) типа.

Последние рассматривались как осложнение опьянения летучими растворителями, возникающее в единичных случаях лишь у 20,0% больных. Наряду с этим описывалась токсическая форма опьянения, проявляющаяся утратой сознания сомнолентного или сопорозного типов (25,3% больных) с полной или частичной амнезией и длительной постинтоксикационной астенией;

2) у 71,6% больных в период 16-18 мес. после начала регулярного приема токсикантов формировался синдром зависимости от летучих растворителей, включающий в себя такие характерные симптомы, как индивидуальная психическая зависимость, патологическое влечение, сверхценный характер употребления токсикантов, потеря ситуационного контроля за употреблением, эмоциональные расстройства в связи с невозможностью реализовать патологическое влечение, трансформация клинической картины опьянения, формирование сочетанного употребления токсикантов и других ПАВ (аналгетики, алкоголь);

3) анализ большинства симптомов, отмечавшихся в период вынужденного прекращения приема летучих растворителей (аффективные расстройства, соматовегетативные, неврологические симптомы), позволял их отнести скорее не к абстинентным проявлениям, а признакам хронической интоксикации. Не было убедительных данных в пользу того, что эти симптомы купируются после возобновления употребления летучих растворителей;

4) анализ патологического влечения к летучим растворителям не позволял убедительно говорить о существовании компульсивных механизмов в структуре его клинических проявлений. Оценка динамики тяги к токсикантам, ее выраженность, аффективная окрашенность, сопровождающий ее поведенческий «фон», позволяла считать патологическое влечение к летучим растворителям ситуационно обусловленным аддиктивным феноменом. Его возникновение было опосредовано ситуационными механизмами, а именно нахождением подростка в условиях, связанных с отсутствием контроля со стороны взрослых. Таким образом, можно говорить о малой выраженности собственно аддиктивного компонента влечения. Патологическое влечение к летучим растворителям в этой связи

представляется феноменом, существующим в рамках психической (психологической) зависимости;

5) выраженные соматические и неврологические последствия употребления летучих растворителей (85,3%) можно связать с высокой токсигенностью рассматриваемой группы химических соединений.

5.1.3. Клинико-психопатологическая характеристика употребления алкоголя с вредными последствиями в динамике

Обследовано 57 пациентов. Средний возраст их составил $15,4 \pm 0,1$ года. Среди них было 27 мальчиков-подростков и 43 девочки-подростка. Средний возраст мальчиков-подростков ($16,0 \pm 0,2$ года) достоверно превышал средний возраст девочек-подростков ($14,9 \pm 0,2$ года, $p < 0,005$ по критерию U Манна-Уитни).

Средний возраст начала употребления алкоголя составил $13,2 \pm 0,1$ года. Средний возраст начала употребления алкоголя у мальчиков-подростков ($13,4 \pm 0,1$ года) достоверно превышал таковой возраст девочек-подростков ($12,9 \pm 0,2$ года, $p < 0,05$ по критерию U по Манна-Уитни). Длительность употребления алкоголя с ВП составила – $2,3 \pm 0,1$ года.

В динамике проводилось 2-хкратное клиническое исследование. Первый раз всем пациентам был поставлен диагноз «Расстройство поведения» (F 90) разных типов: «Гиперкинетическое расстройство поведения» (F 90.0), «Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи» (F 91.0), «Несоциализированное расстройство поведения» (F 91.1), «Социализированное расстройство поведения» (F 91.2) и др. В качестве сопутствующего был выставлен диагноз «Употребление алкоголя с вредными последствиями» (F 10.1). При повторном обследовании в 31 случае (54,4%) был поставлен диагноз «Синдром зависимости от алкоголя» (F 10.21), а у 9 пациентов (15,8%) – диагноз «Синдром зависимости от алкоголя. Состояние отмены» (F 10.21). В остальных 17 случаях (29,8%) ведущими в

клинической картине были симптомы, соответствующие диагнозу «Употребление алкоголя с вредными последствиями» (F 10.1), однако у всех пациентов отмечены довольно очевидные признаки развивающегося синдрома зависимости (переходная стадия).

Причиной направления подростков в медицинские учреждения в 51 случае (89,5%) были поведенческие «проблемы». Симптомы систематического злоупотребления алкоголем, опасные и противоправные действия в алкогольном опьянении, обычно рассматривались окружающими взрослыми в связи с поведенческими нарушениями как логическое продолжение снижения интереса к учебе, непосещения школьных занятий, конфликтных отношений со взрослыми и сверстниками, уходов из дома, побегов из интерната, воровства, совершения противозаконных действий в одиночку или в компании сверстников и др.

На доболезненном этапе (аддиктивное поведение) употребление алкоголя у почти всех пациентов (55 чел., 96,5%) носило групповой характер и происходило в рамках проявлений отклоняющегося поведения как в аспекте нарушения границ дозволенного в данном возрасте, так и в отношении сопутствующих алкоголизации поступков и складывающихся поведенческих стереотипов.

Большинство употребляемых подростками напитков были малоалкогольсодержащие. Практически все пациенты указали на использование джин-тоника в суточной дозе 0,5-4,5 л. Гораздо реже использовалось пиво (22 чел., 38,6%). 41 пациент (71,9%) сообщил об употреблении «крепких» напитков с толерантностью от 0,3 до 0,5 л. Употребление «крепкого» алкоголя обычно отмечалось через 1-2 года от начала систематической регулярной алкоголизации.

Только у 17 пациентов (29,8%) алкоголь с самого начала явился единственно используемым психоактивным веществом. У 40 пациентов (70,2%) регулярному потреблению алкоголя предшествовали неоднократные случаи употребления других ПАВ или их сочетания. Чаще использовались каннабиноиды (32 чел., 56,1%), стимуляторы типа «скорость» (11 чел., 19,3%), летучие растворители (морилка, «Карат») (13 чел., 22,8%). 5 пациентов (8,8%) до алкоголизации имели многократный опыт интраназального применения героина, а

в 3 случаях (5,3%) систематическому злоупотреблению алкоголем предшествовало внутривенное использование опиоидов, которое в дальнейшем самостоятельно прервалось. Так, пациентка З. рассказала, что до того, как начала пить, «6 месяцев подряд употребляла героин». Это происходило в компании, так как «боялась сама себе колоть». При этом бывал «приход», но «ломок» никогда не было. Наркотик обычно приносили друзья (больная предоставляла компании свою жилплощадь). Через 6 мес. героин самостоятельно бросила и стала употреблять алкоголь, который ей «приносил сосед».

9 пациентов (15,8%) на стадии алкогольной зависимости сочетали систематическое употребление алкоголя с относительно регулярным приемом других ПАВ. Так, пациентка А. в алкогольном опьянении «для интереса» неоднократно употребляла феназепам, однажды «до глюков». Больная Н., находясь в алкогольной интоксикации, часто вводила себе буторфанол 1-2 ампулы с целью «расслабления» (наблюдение относится к 2006 г., когда указанный препарат был относительно доступен).

Около половины пациентов (28 чел., 49,1%) на момент обследования сообщили об эйфорической картине опьянения («становилась более общительной», «легче разговаривать с людьми»). У более половины (33 чел., 57,9%) отмечались также и тяжелые формы опьянения («до полного отключения»). 24 пациента (42,1%) сообщили об измененных формах опьянения дисфорического («срывало башню... вела себя очень буйно») и амнестического типов («другие видели..., я не помню»). Особого внимания заслуживают отмечавшиеся у 10 девушек (17,5%) аутоагрессивные действия, связанные с дисфорическими или депрессивными формами опьянения. Так, у пациентки Н., 14 лет, на предплечьях обеих рук было насчитано 53 рубца, в том числе несколько глубоких. Со слов, в момент опьянения часто вспоминала обиду в связи с «несчастной любовью», 4 раза вскрывала себе вены, при виде крови «становилось легче». Больная Б., 17 лет, в состоянии опьянения остро ощутила вину перед своей приемной матерью («маму жаль, ей много досталось из-за меня»), после чего также «шла резать вены».

Одним из наиболее часто выявляемых анамнестических симптомов формирующегося алкоголизма является систематический характер алкоголизации. Несмотря на отсутствие полноценной критичности в отношении своего заболевания и отдельных его симптомов, большинство пациентов (35 чел., 61,4%) могли довольно точно назвать сроки начала регулярной выпивки и даже констатировать ее чрезмерность («много пью с лета...», «пью постоянно последний год, перестала ходить в школу»). Во всех упомянутых случаях это перекликалось с формальным желанием бросить пить и получить помощь. Часть пациентов (9 чел., 15,8%) признавали у себя «неотвязный» характер желания выпить. Так, пациент С., 15 лет, «решил не пить, но понял, что не остановиться». Во время беседы тяготился тем, что, учась в новой школе, вынужден был прогулять весь 9 класс, так как часто пил уже «с утра».

Переход к регулярному злоупотреблению больные связывали со сложившимися жизненными обстоятельствами, определявшими ослабление контроля за поведением подростка (побег из интерната, прогулы школы). При этом 18 пациентов (31,6%) сообщили о влиянии на регулярную алкоголизацию старших сверстников («пила с бывшей девушкой брата, когда его посадили»).

Формулируемые в таких словесных выражениях, как «пью часто», «пью постоянно», «пью много», симптомы систематической алкоголизации являлись единственным субъективно признаваемым чувством возможной болезни. Признание употребления алкоголя заболеванием носило предположительный характер, чаще формулировалось в сравнительной степени («так много нельзя...», «нужно гораздо меньше...», «не в таких количествах...») и выявлялось при весьма осторожном расспросе («Считаете ли Вы, что Вам надо употреблять алкоголь меньше?», «Согласны ли Вы, что у Вас есть проблемы со здоровьем в связи с употреблением алкоголя?»). Та же проблема, сформулированная более жестко («зависимость», «необходимость полной трезвости», «потребность в лечении»), приводила к полному отрицанию заболевания и каких-либо его симптомов. Отличительные особенности алкогольной анозогнозии со всеми характерными ее проявлениями наблюдались у 32 чел. (56,1%).

Практически у всех пациентов отмечалась в целом высокая толерантность к алкоголю, о чем свидетельствовали большие дозы употребляемых на момент обследования алкогольных напитков (джин-тоник – 1,5-4,5 л, водка – 0,3-0,5 л). Однако динамический аспект формирования толерантности выявить не удавалось. Подростки, как правило, сообщали, что данное количество алкоголя они употребляли «с самого начала».

Алкогольный абстинентный синдром в развернутой форме отмечался у 9 пациентов (15,8 %), длительность употребления алкоголя у которых в среднем составила $3,33 \pm 0,866$ лет. Среди его симптомов чаще всего встречались (в порядке перечисления): 1) бессонница; 2) вегетативные нарушения (приступы озноба-жара, тахикардия, полидипсия, рвота, диспепсия и др.); 3) аффективные расстройства (колебания настроения дистимического, депрессивного, тревожного, дисфорического типов); 4) неврологические симптомы (крупноразмашистый тремор, судорожные приступы). У 4 пациентов (7,0%) отмечались однократные эпизоды алкогольных психозов в виде делириозного синдрома. Так, больная М. через 3 дня после «сильного запоя» отмечала у себя следующие жалобы: «исчез сон, вообще не спала», стала «раздражительной», «нервной», было «неспокойно» на душе, «сильно стучало сердце», был постоянный страх («не могла перейти дорогу»), сильно тряслись руки («не подмести пол»). В дальнейшем тревога нарастала («звонки в дверь - хотят убить»), ночью видела, как «в комнату входила покойная мама». В другом случае, больная К., 17 лет, отмечала, что через день после сильной выпивки, ее «постоянно тошнило», двое суток не могла заснуть, «сильно стучало сердце, особенно к вечеру», была потливость, «бросало в жар». На фоне всех этих жалоб стала «мнительной», ушла из дома, так как «все обвиняли».

Одним из наиболее очевидных последствий употребления алкоголя была потеря статуса учащегося. Несмотря на то, что 47,4% подростков в анамнезе обучались по массовой программе, статус учащегося сохранили только 36,8%, однако только 8 чел. (14,0%) из них продолжали посещать занятия. Другие 13 чел. (22,8%), а также 3 студентов вузов (5,3%) формально числились в учебных

заведениях. Статус 30 больных (52,6%) определялся как «не работающий и не учащийся».

Несмотря на то, что среди обследованных 29 чел. (50,9%) не имели семей (статус «сирота/родители лишены прав») в интернате на момент обследования проживали лишь 3 чел. (5,3%). Большинство (24 чел., 42,1%) находилось в побеге или временно проживали в приюте. У 11 пациентов (19,3%) выявлены особенности хабитуса в виде бледности кожных покровов и отечности лица. У 5 пациентов (8,8%) отмечалась ВИЧ-инфекция, у 3-х – гепатит С (5,3%).

Таким образом, клинико-динамический анализ подростков, употребляющих алкоголь с ВП, позволил сделать следующие выводы:

1) начальный этап употребления алкоголя у подростков маскируется поведенческими расстройствами, которые мало отличимы от ранних признаков «алкогольного» поведения (групповой психической зависимости). Поведенческие «проблемы» в 89,5% случаях служат поводом для госпитализации пациентов с ранними клиническими проявлениями алкогольной зависимости;

2) при формировании подростковой алкогольной зависимости этанол лишь в 29,8% случаях является единственно употребляемым средством. Остальные пациенты на этапе аддиктивного поведения используют различные психоактивные вещества (каннабиноиды, стимуляторы, летучие растворители), в том числе имеющие выраженную наркогенность (опиаты). В дальнейшем их употребление самостоятельно прерывается;

3) только у 49,1% подростков алкогольное опьянение проявлялось в типичной форме (эйфория). В остальных случаях наблюдались измененные формы опьянения (сомнолентного, дисфорического и амнестического типов). У девушек в состоянии алкогольного опьянения часто отмечались аутоагрессивные действия (17,5%). В зависимости от этапа заболевания измененные формы опьянения можно рассматривать как проявление либо возрастной реактивности, либо как признак злокачественного течения алкоголизма;

4) у 52 чел. пациентов (91,2%) были выявлены характерные признаки алкогольной анозогнозии. Таким образом, полное отрицание объективных

проявлений заболевания как специфическая для алкоголизма форма реакции на болезнь достаточно часто отмечается уже в подростковом возрасте. Присутствующее у пациентов «чувство» болезни было связано лишь с осознанием чрезмерности употребления алкоголя, т. е. критическим отношением только к количественной стороне алкоголизации;

5) наличие у 15,8% пациентов развернутого алкогольного абстинентного синдрома, сформированного, как правило, в течение первых 3 лет от начала регулярного употребления алкоголя, а также алкогольного психоза в виде делириозного помрачения сознания (7,0%) свидетельствуют о злокачественной форме течения алкоголизма у этих пациентов.

5.1.4. Клинико-психопатологическая характеристика употребления стимуляторов с вредными последствиями в динамике

Обследовано 52 пациента. Их средний возраст составил $15,1 \pm 0,2$ года. Среди них было 28 мальчиков-подростков и 24 девочек-подростков. Средний возраст мальчиков-подростков ($14,9 \pm 0,2$ года) и средний возраст девочек-подростков ($15,2 \pm 0,3$ года) достоверно не различались ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни).

Средний возраст начала употребления ПАВ составил $13,8 \pm 0,1$ года. Средний возраст начала употребления ПАВ у мальчиков-подростков ($13,3 \pm 0,1$ года) был достоверно ниже такового у девочек-подростков ($14,3 \pm 0,1$ года, $p < 0,001$ по критерию U по Манна-Уитни). Длительность употребления ПАВ к моменту начала наблюдения составила – $1,5 \pm 0,1$ года.

Среди употребляемых пациентами стимуляторов во всех случаях использовались препараты типа МДМА (3,4-метилендиокси-N-метамфетамин) («экстази») с интраназальным или пероральным способом введения. Употреблялись «экстази» разной силы действия и наркогенности (разного «цвета» - белые, синие, красные оранжевые, коричневые). Выбор разновидности («цвета»)

МДМА в конкретном случае чаще определялся материальными возможностями пациентов (36 чел., 69,2%). Однако 50 пациентов (96,2%) употребляли разные «экстази» или их сочетание. Из каннабиноидов всеми пациентами употреблялся гашиш (курение).

В анамнезе у 41 пациента (78,8%) отмечалось эпизодическое употребление «легкого» алкоголя, не достигавшее уровня зависимости. 7 пациентов (13,5%) до употребления стимуляторов с ВП более одного раза употребляли кустарно приготовленный оксибутират, но в дальнейшем по разным причинам от его применения отказались. У 5 пациентов (9,6%) были эпизоды употребления феназепама, димедрола, циклодола, также не ставшие впоследствии систематическими. 6 пациентов (11,5%) пробовали препараты амфетаминовой группы (эфедрон, «джеф», «винт», «мулька» и др.), но для дальнейшего использования предпочли МДМА.

Использованию стимуляторов в 49 случаев (94,2%) предшествовало употребление каннабиноидов. Пациенты начинали их употреблять раньше примерно на 6-12 мес. до начала регулярного использования стимуляторов. Однако анализ основных клинических проявлений употребления каннабиса, таких как отсутствие выраженной психологической зависимости, сохранение начальной толерантности, отсутствие систематичности приема наркотика, не дало основания говорить о формировании в этом случае каннабиноидной зависимости. Развивающаяся зависимость от МДМА явилась для всех больных начальной и единственной формой зависимости от ПАВ. Употребляющийся ранее гашиш, таким образом, рассматривался как аддиктивное поведение, поисковый полинаркотизм, который «сенсibiliзирует» больных в отношении развития последующей моноаддикции. В данном случае полинаркотизм можно рассматривать как закономерный этап формирования монозависимости.

У 3-х пациентов (5,7%) систематическое употребление каннабиноидов отмечалось после сформированной зависимости от стимуляторов. Основными мотивами употребления было купирование тягостных проявлений постинтоксикационного состояния. Так, больная Б., 17 лет, в течение 6 дней

употреблявшая амфетамины, смогла «снять состояние гашишем... удалось поесть и уснуть». В дальнейшем для этой цели пациентка использовала гашиш регулярно.

Опьянение стимуляторами чаще проявлялось в типичной форме. Отмечался подъем настроения эйфорически-экстатического типа (41 чел., 78,8%) с элементами маниоформного возбуждения (23 чел., 44,2%), стойкая двигательная расторможенность (47 чел., 90,4%). Больные не просто часами без устали танцевали, но и в дальнейшем бессмысленно перемещались по городу, когда описывались элементы растерянности и дезориентировки (24 чел., 46,1%). Устойчивым симптомом была гиперпатия восприятия (45 чел., 86,5%), которая в динамике опьянения часто приобретала болезненно-раздражающий характер (у 22 чел., 42,3%). У 7 больных (13,5%) аффективная составляющая опьянения изначально включала тревожный компонент. В 4-х случаях (7,7%) прием «экстази» у пациентов вызывал ступорозное состояние («стоял как замерший...») с тревогой, растерянностью, страхом, подозрительностью, отрывочными переживаниями преследования («считал, что за мной наблюдают, снимают..., приехали забрать» и др.). Анализ указанных симптомов позволяет рассматривать состояние этих пациентов в рамках острого экзогенного психоза как атипичной формы опьянения МДМА.

Ровно три четверти пациентов (39 чел., 75,0%), в разной степени пережившие тяжелую (токсическую) форму опьянения «экстази» (сердцебиение, кровотечение из носа, тремор, повышение температуры тела), получали помощь в стационарных условиях.

Синдром зависимости отчетливо был выражен у 31 пациента (59,6%). Его признаками были патологическое влечение, изменение формы потребления, увеличение толерантности. Увеличивающаяся толерантность проявлялась учащением кратности суточного приема МДМА («через 4 час снова хочется...»). Стимулятор принимался большинством пациентов от 2 до 6 раз в сутки. Мотивировалось это тем, что «таблетки переставали действовать». Формировалась циклическая форма потребления (т. н. «марафоны»), в той или

ной степени выявляемая у 37 пациентов (71,2%). Цикл непрерывного употребления МДМА у разных пациентов составлял от 3 до 11 дней. В период «марафонов» отсутствовал сон, пропадал аппетит. Отмечались похудания на несколько килограмм (максимально на 6 кг). Цикл употребления стимулятора заканчивался спонтанным обрывом с тягостными постинтоксикационными симптомами. Описывалась астения с преобладанием двигательного-анергического компонента («отсутствие сил..., не могу встать с кровати», «лежу в лежку» и др.), бессонница, вегетативные (головная боль, озноб, тошнота, анорексия или, наоборот, булимия) и, реже, неврологические (тремор) расстройства. 31 пациент (59,6%) в этом состоянии переживали тревожное напряжение. У 15 пациентов (28,8%) «отходничок» сопровождался дисфорическими проявлениями («плохое самочувствие, все злит»), у 6 чел. (11,5%) – ипохондрическими переживаниями («замирает, останавливается сердце», «не могу дышать», «мозг не работает»). Было описано 5 случаев (9,6%) постинтоксикационного психоза. В 3-х из них отмечались аффективные колебания настроения дисфорического типа («снесло крышу..., хваталась за нож, вилку..., хотелось убить кого-то»). В 2-х случаях наблюдалось различной интенсивности делириозное расстройство сознания. Так у больной М., 16 лет, отмечались зрительные галлюцинации, отрывочные идеи отношения на фоне выраженного аффекта страха (были «пауки по телу», «люди смотрят с презрением...», «резала руки, чтобы понять, что я не во сне»). Больной Е., 16 лет, жаловался на то, что у него «во сне женщины в голове кричали» (при этом лежал с открытыми глазами), «мужик в черном с большим ртом и черными зубами строил рожи». Пациенту было страшно, но он «не понимал, чего боится». В 2 час ночи выбежал во двор, показалось, что «кричит старший брат», но, оказалось, «мяукала кошка». Было также «ощущение, что в комнате кто-то ходит посторонний».

Анализ постинтоксикационных симптомов во всех случаях не позволял их отнести к проявлениям абстинентного синдрома. В пользу такой оценки свидетельствует отсутствие в этот период компульсивного влечения к стимуляторам для купирования тягостных постинтоксикационных проявлений, а,

напротив, использование с этой целью средств противоположных по своей психотропной активности МДМА (седативные препараты, алкоголь, каннабиноиды). Обострение патологического влечения к стимуляторам повторно возникало, как правило, через 1-1,5 нед. после редукции постинтоксикационных симптомов и возникало в рамках проявлений психической зависимости от наркотика («тянуло к знакомым, хотелось общаться, танцевать, жить полной жизнью»).

Клинико-динамическое наблюдение позволило выявить у 11 пациентов (21,1%) спонтанные ремиссии длительностью свыше 3 мес. У 14 пациентов (26,9%) наблюдалась трансформация зависимости от МДМА в злоупотребление алкоголем. У 3-х пациентов (5,7%) отмечалась трансформация в злоупотребление гашишем с ростом толерантности и формированием постоянного ежедневного приема гашиша. Как в первом, так и во втором случае больные переживали симптомы последствия зависимости от стимуляторов, в том числе субпсихотические и психотические состояния. Переход на препараты седативного действия в данном случае был связан с необходимостью купирования таких последствий зависимости от МДМА, как стойкие нарушения сна, затяжные тревожные состояния, рудиментарные или развернутые психотические симптомы.

Среди последствий употребления стимуляторов с ВП следует отметить, в первую очередь, психопатологические последствия. Они описывались в рамках затяжных постинтоксикационных состояний длительностью от 2 нед. до 2,5 мес. В их структуре во всех случаях преобладали нарушения сна (бессонница), астенические расстройства с преобладанием анергии и вегетативных нарушений (слабость, чувство разбитости и недомогания, ощущение «бессилия», «немогности» в руках и ногах, головная боль, тошнота, отсутствие аппетита, бледность кожных покровов, «обморочное» состояние и др.), аффективные расстройства дистимического, тревожного, депрессивного, ипохондрического, дисфорического и смешанного типов (тревно-дистимический, тревожно-депрессивный). В 3 случаях (5,7%) отмечены рудиментарные проявления депрессивно-параноидного синдрома. В 7 случаях (13,4%) отмечались

незавершенные суицидные действия (самоповешание, порезы локтевых вен). Их мотивами было тягостность бессонницы («тяжело»), переживание тревоги и страха («казалось, что что-то должно со мной случиться...»), безысходность и переживание вины («не смогу так дальше жить...»), осознание собственной болезни («есть зависимость..., надоело жить») и внутренней измененности («взгляд на мир не такой»).

Из соматических последствий описывались коллаптоидные реакции, сердечно-сосудистые и желудочно-кишечные жалобы. 6 чел. были инфицированы ВИЧ (11,5%). У 5 пациентов (9,6%) был гепатит С.

Оценка динамики образовательного статуса показала, что из 43 школьников (28 чел., 53,8 % обучались по массовой программе, 15 чел., 28,8% - по массовой программе с дублированием классов) статус обучающихся сохранили только 24 чел. (46,2%). 5 пациентов были заняты работой (9,6%), а 12 чел. (23,1%) – не работали и не учились. В то же время 11 чел. (21,2%) по данным анамнеза формально вернули себе статус учащихся, в связи с чем их прогноз можно было расценить как относительно благоприятный.

Употребление каннабиноидов у подростков с ведущей формой употребления стимуляторов с ВП рассматривалось в двух аспектах: как проявление полинаркотизма в рамках донозологической формы потребления и как трансформация зависимости от стимуляторов в каннабиноидную зависимость при появлении стойких последствий наркотизации МДМА. Мотивами для использования каннабиноидов на фоне формирования зависимости от стимуляторов может быть купирование постинтоксикационного состояния.

Таким образом, клинико-динамический анализ подростков с употреблением стимуляторов с ВП позволил сделать следующие выводы:

1) особенностью употребление стимуляторов типа МДМА («экстази») у подростков является во всех случаях сочетание их использования с каннабиноидами (гашиш). В 92,4% использование гашиша является предшествующим этапом употребления стимуляторов с ВП. В этом случае не отмечено формирования зависимости от каннабиноида (отсутствие роста

толерантности, патологического влечения, изменения формы потребления), что позволяет этот этап рассматривать как аддиктивное поведение. У 5,7% пациентов отмечено начало употребления гашиша на фоне сложившейся зависимости от «экстази». В этих случаях отмечено развитие привыкания к каннабиноидам с возрастанием толерантности, постоянным ежедневным их приемом (трансформация аддикции);

2) психопатологические расстройства в виде различных по выраженности и разновидностям аффективных расстройств являются важным компонентом постинтоксикационного состояния, определяющим тяжесть течения употребления стимуляторов с ВП и высокую частоту встречаемости суицидных попыток (13,4%) у пациентов с данным типом аддикции;

3) в 13,6% случаях состояние опьянения МДМА включает нетипичные аффективные проявления, позволяющие квалифицировать интоксикацию стимуляторами как острый экзогенный психоз с такими проявлениями, как тревога, растерянность, страх, подозрительность, отрывочные переживания преследования. Встречающаяся у 75,0% больных тяжелая форма опьянения МДМА связана с угрожающими соматическими осложнениями, требующими оказания помощи в стационарах общего профиля;

4) зависимость от МДМА в 26,9% наблюдениях трансформировалась в злоупотребление алкоголем, а в 5,7% в употребление каннабиноидов (гашиш) с признаками зависимости от него в виде роста толерантности и формирования постоянной формы потребления;

5) наличие у 21,1% больных спонтанных ремиссий и в таком же % случаев возвращение пациентов к обучению свидетельствует о существовании относительно благоприятных форм употребления стимуляторов с ВП.

5.2. Клинико-динамическое исследование рейтинга тяжести употребления психоактивных веществ с вредными последствиями

Рейтинг тяжести употребления ПАВ с ВП изучался при помощи методики «Диагностика употребления психоактивных веществ подростками (европейская версия)» «ЕвроАДАД».

В таблице 73 представлены средние значения рейтинга тяжести употребления ПАВ и его последствий по шкалам «ЕвроАДАД».

Таблица 73 – Средние значения шкал «ЕвроАДАД»

шкалы	среднее значение	стандартная ошибка среднего значения	стандартное отклонение
Физическое здоровье/болезнь	2,98	0,072	1,237
Школьное обучение/занятость	5,88	0,069	1,180
Общественное поведение	3,72	0,068	1,169
Семейные взаимоотношения	5,62	0,099	1,697
Психическая адаптация/психопатология	5,67	0,067	1,140
Противоправные действия	4,30	0,077	1,315
Употребление наркотиков	3,00	0,104	1,780
Употребление алкоголя	4,45	0,114	1,943

Согласно методике, численные значения отдельных шкал «ЕвроАДАД» не сопоставимы друг с другом [300]. В связи с этим данное сравнение в нашем исследовании также не проводилось.

В таблице 74 представлены средние значения рейтинга тяжести при разных видах употребляемых ПАВ с ВП.

Данные о нормальном распределении шкал «ЕвроАДАД» представлены в таблице 315 (приложение 5.1). Из таблицы видно, что значения эксцесса и асимметрии по всем шкалам ниже 1. Это говорит о том, что выборка соответствует нормальному распределению и можно применять параметрические статистические методы для анализа данных.

Расчет различий средних значений рейтинга тяжести при разных видах употребляемых ПАВ с ВП при помощи однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) (множественное сравнение) представлен в приложении 5.1. Из таблицы 316 приложения 5.1 видно, что межгрупповое различие дисперсий всех 8 шкал «ЕвроАДАД» значимо на уровне 0,000. Далее проводилось множественное попарное сравнение. Метод сравнения выбирался исходя из критерия однородности дисперсий Ливиня (таблица 317 приложения 5.1). Если риск ошибки критерия Ливиня больше или равен 0,05, то это значит, что дисперсии в сравниваемых выборках статистически не различаются и для множественных сравнений следует выбрать метод Шеффе. Если риск ошибки критерия Ливиня меньше 0,05, то расчет множественных сравнений проводится при помощи метода T2 Тамхейма.

Таблица 74 – Средние значения рейтинга тяжести при разных видах употребляемых ПАВ с ВП

шкалы	1 подгруппа M±m	2 подгруппа M±m	3 подгруппа M±m	4 подгруппа M±m
Физическое здоровье/болезнь	2,56 ± 0,113	3,50 ± 0,112	2,92 ± 0,173	2,41 ± 0,190
Школьное обучение/занятость	4,91 ± 0,079	6,65 ± 0,082	6,32 ± 0,146	5,19 ± 0,138
Общественное поведение	4,61 ± 0,100	3,04 ± 0,079	3,25 ± 0,135	4,22 ± 0,184
Семейные взаимоотношения	3,71 ± 0,082	7,21 ± 0,073	5,52 ± 0,123	5,69 ± 0,158
Психическая адаптация/психо- патология	4,84 ± 0,094	6,21 ± 0,090	6,17 ± 0,138	5,41 ± 0,179
Противоправные действия	5,46 ± 0,079	3,36 ± 0,080	3,46 ± 0,103	5,53 ± 0,149
Употребление наркотиков	6,16 ± 0,116	4,07 ± 0,104	1,35 ± 0,196	5,41 ± 0,229
Употребление алкоголя	2,76 ± 0,123	2,21 ± 0,077	5,94 ± 0,127	2,16 ± 0,219

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

В таблицах 318-325 приложения 5.1 представлены различия по результатам множественного сравнения рейтинга тяжести 8 шкал «ЕвроАДАД» в зависимости от вида употребляемого ПАВ. Достоверность различий представлена в таблице 75.

Таблица 75 – Различия средних значений рейтинга тяжести пациентов с разными видами употребляемых ПАВ с ВП по результатам множественных сравнений ANOVA

шкалы	средняя разность (I-J) и риск ошибки					
	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
Физическое здоровье/болезнь	-0,933 0,001*	-0,354 0,395	0,156 0,933	0,579 0,039*	1,089 0,001*	0,510 0,295
Школьное обучение/занятость	-1,754 0,000*	-1,542 0,001*	-0,292 0,362	0,212 0,753	1,462 0,001*	1,250 0,001*
Общественное поведение	1,572 0,001*	1,365 0,001*	0,396 0,327	-0,207 0,714	-1,176 0,001*	-0,969 0,001*
Семейные взаимоотношения	-3,505 0,001*	-1,812 0,001*	-1,979 0,000*	1,693 0,000*	1,526 0,000*	-0,167 0,849
Психическая адаптация/психопатология	-1,361 0,000*	-1,323 0,001*	-0,563 0,043*	0,038 0,997	0,799 0,001*	0,760 0,008*
Противоправные действия	2,104 0,001*	2,005 0,001*	-0,068 0,982	-0,099 0,916	-2,172 0,001*	-2,073 0,001*
Употребление наркотиков	2,088 0,001*	4,844 0,001*	0,750 0,026*	2,756 0,001*	-1,338 0,001*	-4,094 0,001*
Употребление алкоголя	0,551 0,011*	-3,180 0,001*	0,602 0,106	-3,731 0,001*	0,051 0,997	3,781 0,001*

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

* – различия статистически достоверны по результатам множественных сравнений ANOVA.

Из таблицы 75 видно, что рейтинг тяжести шкалы «Физическое здоровье/болезнь» у пациентов с употреблением летучих растворителей с ВП достоверно выше по сравнению с другими подгруппами. Рейтинг тяжести шкалы «Школьное обучение/занятость» достоверно выше у пациентов с употреблением летучих растворителей с ВП и у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП по

сравнению с другими подгруппами. Рейтинг тяжести шкалы «Общественное поведение» достоверно выше у пациентов с употреблением опиоидов с ВП и употреблением стимуляторов с ВП по сравнению с другими пациентами. Рейтинг тяжести шкалы «Семейные взаимоотношения» достоверно выше у пациентов с употреблением летучих растворителей с ВП по сравнению с другими пациентами, а у пациентов с употреблением опиоидов с ВП – достоверно ниже. Рейтинг тяжести шкалы «Психическая адаптация/психопатология» достоверно выше у пациентов с употреблением летучих растворителей с ВП и у пациентов с употреблением алкоголя с ВП по сравнению с другими пациентами. Рейтинг тяжести шкалы «Противоправные действия» достоверно выше у пациентов с употреблением опиоидов с ВП и употреблением стимуляторов с ВП по сравнению с другими подгруппами пациентов. Рейтинг тяжести шкалы «Употребление наркотиков» достоверно различается у пациентов всех подгрупп и распределяется следующим образом: он наиболее высок у пациентов с употреблением опиоидов с ВП. Далее следуют пациенты с употреблением стимуляторов с ВП, далее – пациенты с употреблением летучих растворителей с ВП. И, наконец, наиболее низкий рейтинг этой шкалы отмечен у пациентов с употреблением алкоголя с ВП. Рейтинг тяжести шкалы «Употребление алкоголя» достоверно выше у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, по сравнению со всеми другими пациентами. Этот показатель также достоверно выше у пациентов с употреблением опиоидов с ВП по сравнению с пациентами с употреблением летучих растворителей с ВП и употреблением стимуляторов с ВП. Различия между группами наглядно демонстрирует рисунок 13.

Таким образом, различия рейтингов тяжести при разных видах употребляемых ПАВ с ВП отражают основные закономерности их клинических проявлений.

Динамика рейтинга тяжести употребления ПАВ и его последствий. Повторное обследование проводилось у разных пациентов в период 5-20 месяцев. В таблице 76 представлена динамика средних значений рейтинга тяжести шкал «ЕвроАДАД» при первичном и повторном обследовании всей выборки в целом.

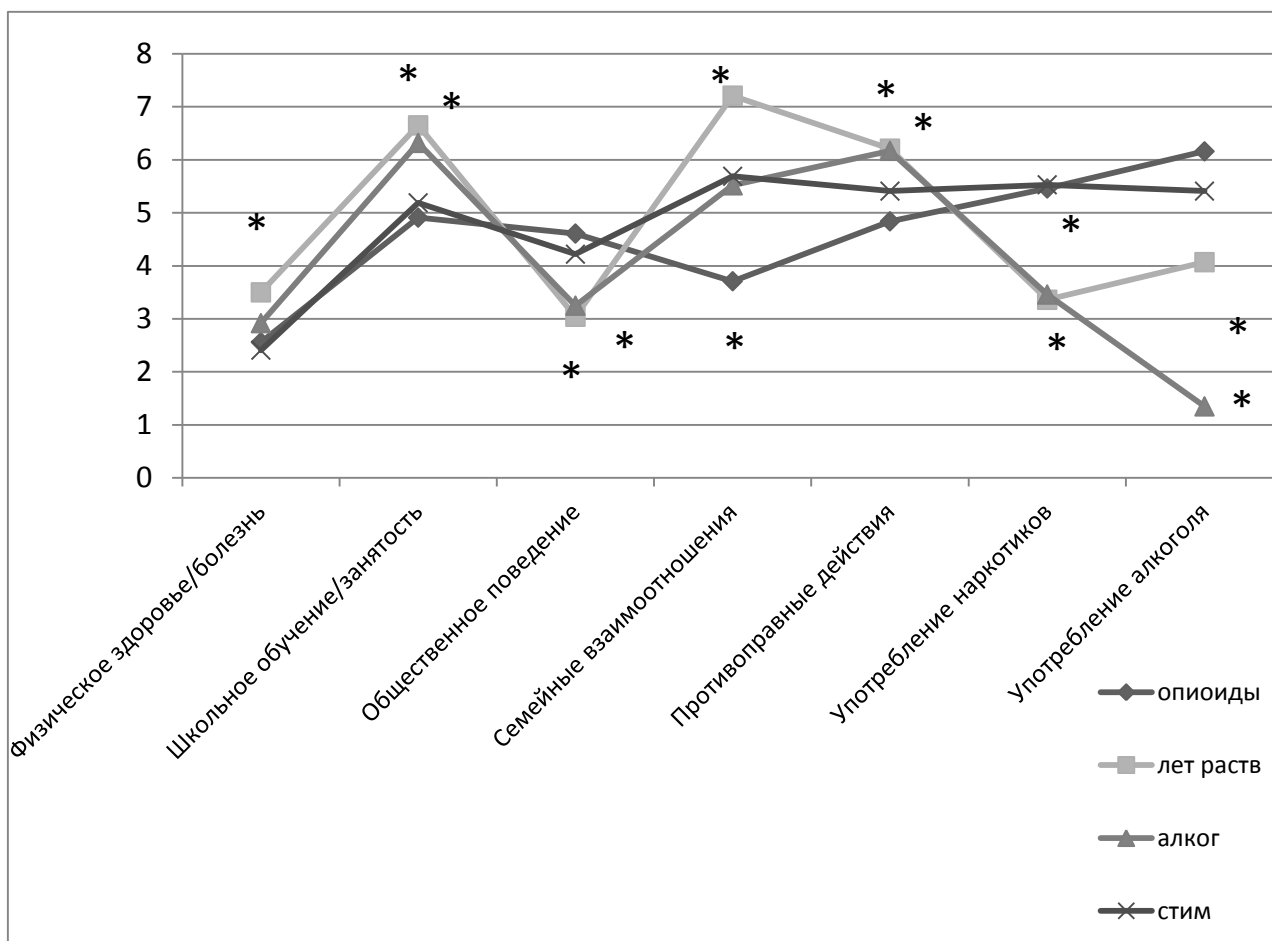


Рисунок 13. Различия рейтинга тяжести при различных видах употребляемых ПАВ.

Примечание: * – различия статистически достоверны по результатам множественных сравнений ANOVA.

Из таблицы 76 видно, что в динамике имело место достоверное увеличение средних значений рейтинга тяжести всех шкал «ЕвроАДАД» (использовался критерий t-Стьюдента для зависимых выборок). Исключение составила шкала «Употребление алкоголя», по которой отмечалось достоверное снижение среднего значения. Указанная закономерность наглядно отражена также на рисунке 14.

В таблице 77 представлена динамика средних значений рейтинга тяжести пациентов, употребляющих опиоиды с ВП (использовался критерий t-Стьюдента для зависимых выборок).

Таблица 76 – Динамика рейтинга тяжести употребления ПАВ и его последствий

шкалы	первичное обследование M±m	повторное обследование M±m	t	p
Физическое здоровье/болезнь	2,98 ± 0,072	4,40 ± 0,081	-37,456	0,001*
Школьное обучение/занятость	5,88 ± 0,069	6,47 ± 0,078	-13,878	0,001*
Общественное поведение	3,72 ± 0,068	4,34 ± 0,091	-13,229	0,001*
Семейные взаимоотношения	5,62 ± 0,099	6,04 ± 0,095	-10,553	0,001*
Психическая адаптация/психопатология	5,67 ± 0,067	6,29 ± 0,081	-14,685	0,001*
Противоправные действия	4,30 ± 0,077	4,98 ± 0,096	-14,426	0,001*
Употребление наркотиков	4,45 ± 0,104	5,26 ± 0,143	-16,050	0,001*
Употребление алкоголя	3,00 ± 0,114	2,63 ± 0,093	5,447	0,001*

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

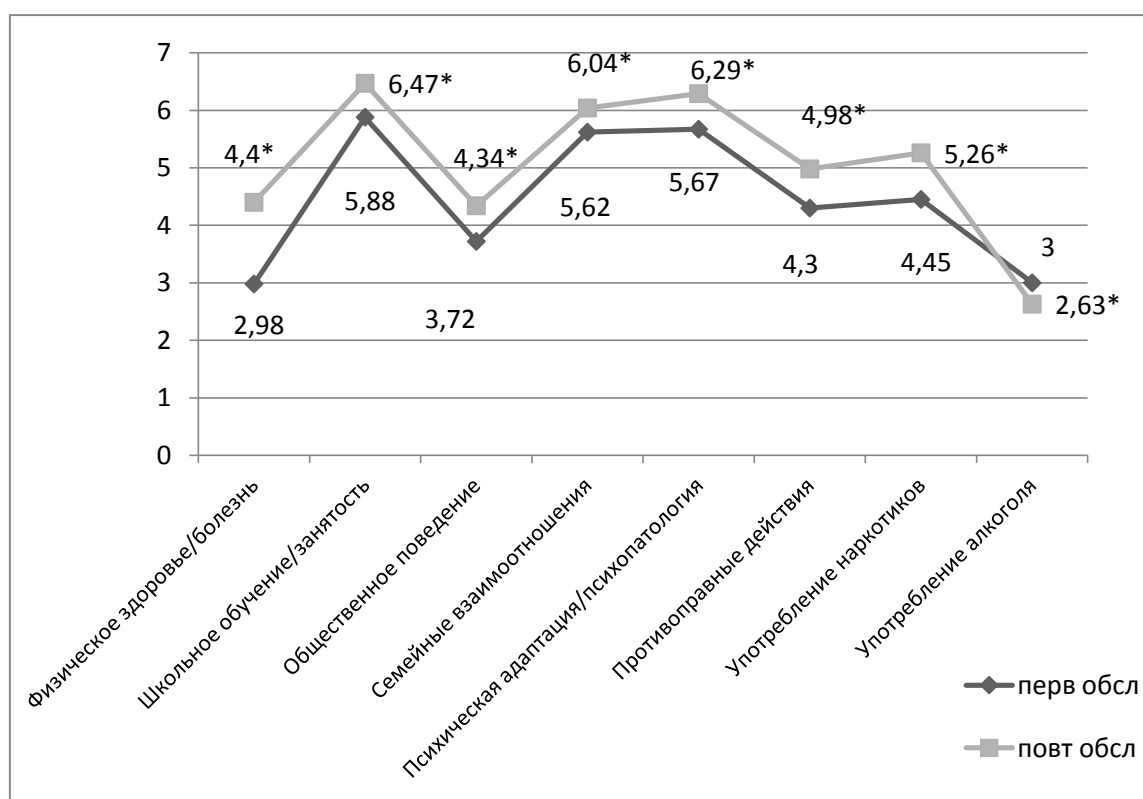


Рисунок 14. Рейтинг тяжести употребления ПАВ и его последствий в динамике.

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

Таблица № 77 – Динамика рейтинга тяжести пациентов, употребляющих опиоиды с ВП

шкалы	первичное обследование $M \pm m$	повторное обследование $M \pm m$	t	P
Физическое здоровье/болезнь	$2,56 \pm 0,113$	$3,92 \pm 0,117$	-20,990	0,001*
Школьное обучение/занятость	$4,91 \pm 0,079$	$5,57 \pm 0,120$	-7,467	0,001*
Общественное поведение	$4,61 \pm 0,100$	$5,26 \pm 0,137$	-8,245	0,001*
Семейные взаимоотношения	$3,71 \pm 0,082$	$4,35 \pm 0,104$	-7,482	0,001*
Психическая адаптация/психопатология	$4,84 \pm 0,094$	$5,44 \pm 0,112$	-8,087	0,001*
Противоправные действия	$5,46 \pm 0,079$	$6,08 \pm 0,103$	-7,818	0,001*
Употребление наркотиков	$6,16 \pm 0,116$	$7,33 \pm 0,140$	-14,761	0,001*
Употребление алкоголя	$2,76 \pm 0,123$	$1,92 \pm 0,146$	8,550	0,001*

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

Из таблицы 77 видно, что в динамике имело место достоверное увеличение средних значений рейтинга тяжести семи шкал (использовался критерий t-Стьюдента для зависимых выборок). Исключение составила шкала «Употребление алкоголя», по которой отмечалось достоверное снижение среднего значения.

В таблице 78 представлена динамика средних значений рейтинга тяжести пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП. Из таблицы 78 видно, что в динамике имело место достоверное увеличение средних значений рейтинга тяжести семи из восьми шкал. Исключение составила шкала «Употребление алкоголя», по которой отмечалось достоверное снижение среднего значения.

В таблице 79 представлена динамика средних значения рейтинга тяжести пациентов, употребляющих алкоголь с ВП (использовался критерий t-Стьюдента для зависимых выборок). Из таблицы 79 видно, что в динамике имело место достоверное увеличение средних значений рейтинга тяжести семи из восьми шкал. Исключение составила шкала «Употребление наркотиков», по которой не отмечено достоверных различий.

Таблица 78 – Динамика рейтинга тяжести пациентов, употребляющих
летучие растворители с ВП

шкалы	первичное обследование M±m	повторное обследование M±m	t	p
Физическое здоровье/болезнь	3,50 ± 0,112	4,98 ± 0,127	-24,693	0,001*
Школьное обучение/занятость	6,65 ± 0,082	7,25 ± 0,089	-10,493	0,001*
Общественное поведение	3,04 ± 0,079	3,60 ± 0,132	-6,943	0,001*
Семейные взаимоотношения	7,21 ± 0,073	7,48 ± 0,078	-5,391	0,001*
Психическая адаптация/психопатология	6,21 ± 0,090	6,93 ± 0,110	-10,321	0,001*
Противоправные действия	3,36 ± 0,080	4,06 ± 0,113	-9,099	0,001*
Употребление наркотиков	4,07 ± 0,104	4,85 ± 0,133	-9,784	0,001*
Употребление алкоголя	2,21 ± 0,077	1,90 ± 0,134	4,673	0,001*

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

Таблица 79 – Динамика рейтинга тяжести пациентов, употребляющих алкоголь с
ВП

шкалы	первичное обследование M±m	повторное обследование M±m	t	p
Физическое здоровье/болезнь	2,92 ± 0,173	4,31 ± 0,202	-15,022	0,001*
Школьное обучение/занятость	6,32 ± 0,146	6,90 ± 0,166	-5,143	0,001*
Общественное поведение	3,25 ± 0,135	4,13 ± 0,205	-7,684	0,001*
Семейные взаимоотношения	5,52 ± 0,123	5,90 ± 0,134	-4,289	0,001*
Психическая адаптация/психопатология	6,17 ± 0,138	6,73 ± 0,192	-5,475	0,001*
Противоправные действия	3,46 ± 0,103	4,33 ± 0,167	-7,207	0,001*
Употребление наркотиков	1,35 ± 0,196	1,42 ± 0,230	-1,401	0,168
Употребление алкоголя	5,94 ± 0,127	7,08 ± 0,157	-9,624	0,001*

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

В таблице 80 представлена динамика средних значения рейтинга тяжести шкал пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП.

Из таблицы 80 видно, что в динамике имело место достоверное увеличение средних значения рейтинга тяжести семи из восьми шкал. Исключение составила шкала «Употребление алкоголя», по которой отмечалось достоверное снижение среднего значения.

Таким образом, динамика рейтинга тяжести «ЕвроАДАД» у пациентов разных клинических подгрупп схожа. Для семи из восьми шкал характерно достоверное увеличение средних значений, что связано с увеличением количественных значений тяжести употребления ПАВ и его последствий. Исключение составляет шкала «Употребление алкоголя», которая в динамике обнаружила тенденцию к снижению у всех пациентов. Исключение составили пациенты с употреблением алкоголя с ВП, у которых средние значения этой шкалы увеличились. У пациентов с употреблением алкоголя с ВП средние значения шкалы «Употребление наркотиков» достоверно не изменились, что говорит о стабильном уровне сопутствующего употребления ПАВ у этих пациентов.

Таблица 80 – Динамика средних значения рейтинга тяжести шкал пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП

шкалы	Первичное обследование M±m	Повторное обследование M±m	t	p
Физическое здоровье/болезнь	2,41 ± 0,190	3,84 ± 0,246	-11,363	0,001*
Школьное обучение/занятость	5,19 ± 0,138	5,72 ± 0,221	-3,947	0,001*
Общественное поведение	4,22 ± 0,184	4,66 ± 0,227	-3,699	0,001*
Семейные взаимоотношения	5,69 ± 0,158	6,03 ± 0,177	-4,030	0,001*
Психическая адаптация/психопатология	5,41 ± 0,179	5,88 ± 0,249	-3,950	0,001*
Противоправные действия	5,53 ± 0,149	6,00 ± 0,196	-3,950	0,001*
Употребление наркотиков	5,41 ± 0,229	6,25 ± 0,119	-5,638	0,001*
Употребление алкоголя	2,16 ± 0,219	0,75 ± 0,305	7,628	0,001*

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

Сравнение средних значений рейтинга тяжести шкал при разных видах употребляемых ПАВ с ВП в динамике при повторном обследовании. Данные о нормальности распределения шкал «ЕвроАДАД» при повторном обследовании

представлены в таблице 326 (приложение 5.2). Из таблицы видно, что значения эксцесса и асимметрии по всем шкалам ниже 1. Это говорит о том, что выборка соответствует нормальному распределению, и можно применять параметрические статистические методы для анализа данных.

В таблице 81 представлены средние значения рейтинга тяжести при разных видах употребляемых ПАВ с ВП при повторном обследовании.

Таблица 81 – Средние значения рейтинга тяжести при разных видах употребляемых ПАВ с ВП при повторном обследовании

Шкалы	1 подгруппа М±m	2 подгруппа М±m	3 подгруппа М±m	4 подгруппа М±m
Физическое здоровье/болезнь	3,92 ± 0,117	4,98 ± 0,127	4,31 ± 0,202	3,84 ± 0,246
Школьное обучение/занятость	5,57 ± 0,120	7,25 ± 0,089	6,90 ± 0,166	5,72 ± 0,221
Общественное поведение	5,26 ± 0,137	3,60 ± 0,132	4,13 ± 0,205	4,66 ± 0,227
Семейные взаимоотношения	4,35 ± 0,104	7,48 ± 0,078	5,90 ± 0,134	6,03 ± 0,177
Психическая адаптация/психопатология	5,44 ± 0,112	6,93 ± 0,110	6,73 ± 0,192	5,88 ± 0,249
Противоправные действия	6,08 ± 0,103	4,06 ± 0,113	4,33 ± 0,167	6,00 ± 0,196
Употребление наркотиков	7,33 ± 0,140	4,85 ± 0,133	1,42 ± 0,230	6,25 ± 0,119
Употребление алкоголя	1,92 ± 0,146	1,90 ± 0,134	7,08 ± 0,157	0,75 ± 0,305

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

Расчет различий средних значений рейтинга тяжести при разных видах употребляемых ПАВ с ВП при повторном обследовании, представленных в таблице 82, при помощи однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) (множественное сравнение) приводится в приложении 5.2. Из таблицы 327 видно, что межгрупповое различие дисперсий всех 8 шкал «ЕвроАДАД» значимо на уровне 0,000. Далее проводилось множественное попарное сравнение. Метод

сравнения (Шеффе или T2 Тамхейма) выбирался исходя из критерия однородности дисперсий Ливиня (таблица № 328 приложения 5.2).

В таблицах 329-336 приложения 5.2 представлены различия по результатам множественного сравнения рейтинга тяжести 8 шкал ЕвроАДАД в зависимости от вида употребляемого ПАВ с ВП при повторном обследовании. Достоверность различий представлена в таблице 82.

Из таблицы 82 видно, что рейтинг тяжести шкалы «Физическое здоровье/болезнь» у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП, оказался достоверно ниже по сравнению с другими пациентами. Рейтинг тяжести шкалы «Школьное обучение/занятость» достоверно выше у пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП и у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП по сравнению с другими пациентами. Рейтинг тяжести шкалы «Общественное поведение» оказался достоверно выше у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП по сравнению с пациентами, употребляющими алкоголь с ВП и пациентами, употребляющими летучие растворители с ВП. Рейтинг тяжести шкалы «Семейные взаимоотношения» достоверно выше у пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП по сравнению с другими пациентами. Этот рейтинг также был ниже у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП по сравнению со всеми остальными пациентами. Рейтинг тяжести шкалы «Психическая адаптация/психопатология» у пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП, достоверно не отличается от группы пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, и достоверно преобладает над пациентами, употребляющими опиоиды с ВП и пациентами, употребляющими стимуляторы с ВП. Рейтинг тяжести шкалы «Противоправные действия» был достоверно выше у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП и употребляющими стимуляторы с ВП по сравнению с другими пациентами. Рейтинг тяжести шкалы «Употребление наркотиков» достоверно различается у пациентов всех групп и распределялся следующим образом: он был наиболее высок у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП. Далее следуют пациенты, употребляющие стимуляторы с ВП, далее – пациенты, употребляющие летучие растворители с ВП. И, наконец, наиболее низкий показатель этой шкалы

был у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП. Рейтинг тяжести шкалы «Употребление алкоголя» был достоверно выше у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП по сравнению со всеми другими пациентами. Достоверно наиболее низкий рейтинг шкалы «Употребление алкоголя» оказался у пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП. Указанные закономерности иллюстрирует рисунок 15.

Таблица 82 – Различия средних значений рейтинга тяжести пациентов с разными видами употребляемых ПАВ с ВП при повторном обследовании по результатам множественных сравнений ANOVA

Шкалы	Средняя разность (I-J) и риск ошибки					
	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
Физическое здоровье/болезнь	-1,066* 0,001	-0,396 0,405	0,073 0,995	0,670* 0,032	1,139* 0,001	0,469 0,484
Школьное обучение/занятость	-1,675* 0,001	-1,323* 0,001	-0,146 0,936	0,352 0,325	1,529* 0,001	1,177* 0,001
Общественное поведение	1,662* 0,001	1,135* 0,001	0,604 0,208	-0,527 0,179	-1,058* 0,002	-0,531 0,421
Семейные взаимоотношения	-3,124* 0,001	-1,542* 0,001	-1,677* 0,000	1,583* 0,000	1,447* 0,001	-0,135 0,940
Психическая адаптация/психопатология	-1,494* 0,001	-1,292* 0,001	-0,438 0,374	0,202 0,813	1,057* 0,001	0,854* 0,024
Противоправные действия	2,024* 0,001	1,750* 0,001	0,083 0,988	-0,274 0,576	-1,940* 0,001	-1,667* 0,001
Употребление наркотиков	2,479* 0,001	5,917* 0,001	1,083* 0,014	3,438* 0,001	-1,395* 0,001	-4,833* 0,001
Употребление алкоголя	0,019 1,000	-5,168* 0,001	1,166* 0,001	-5,187* 0,001	1,147* 0,001	6,333* 0,001

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

* – различия статистически достоверны по результатам множественных сравнений ANOVA.

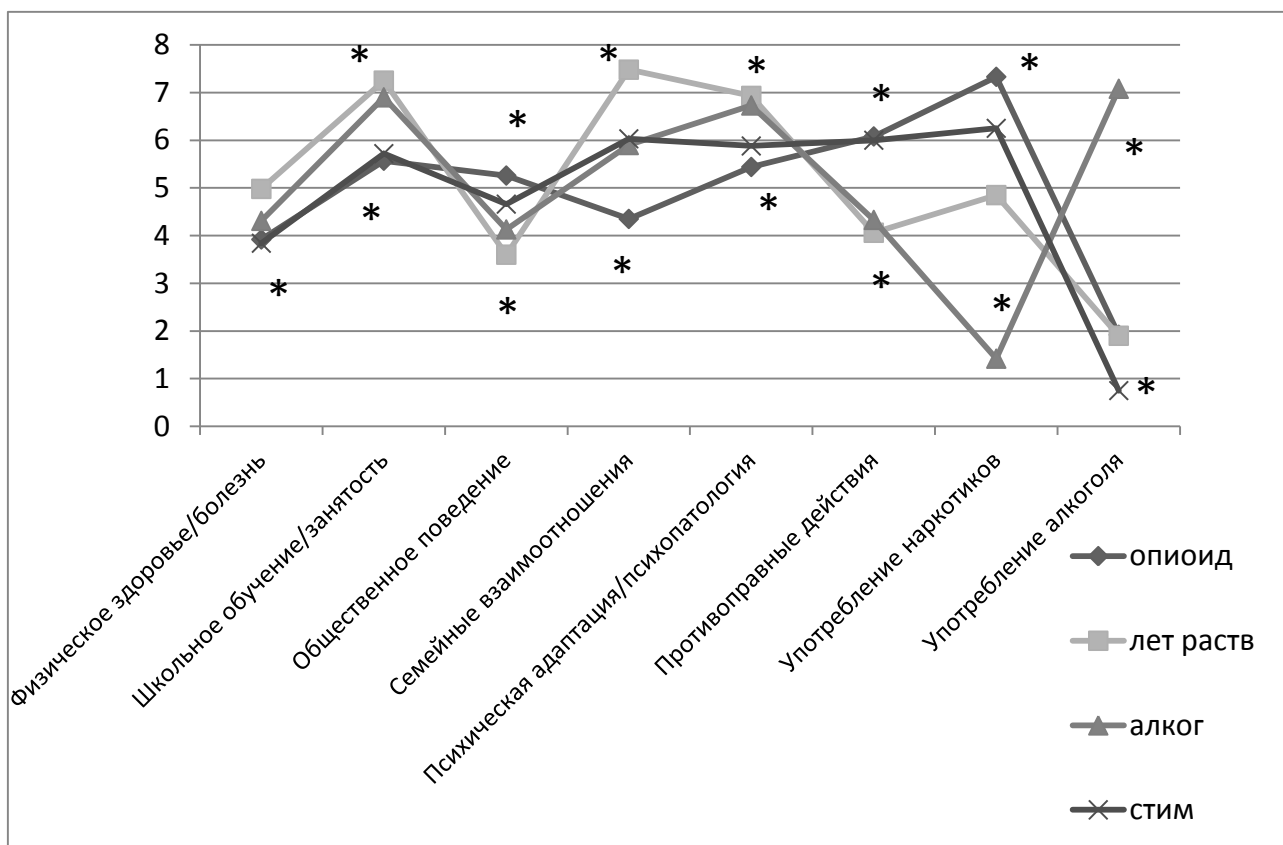


Рисунок 15. Рейтинг тяжести при различных видах употребляемых ПАВ при повторном обследовании.

Примечание:

* – различия статистически достоверны по результатам множественных сравнений ANOVA.

Таким образом, клинико-динамическое исследование позволило сформулировать следующий вывод. В динамике рейтинг тяжести употребления ПАВ и его последствия у пациентов всех клинических подгрупп продемонстрировали характерные отличия, которые наблюдались при первичном обследовании. Можно говорить о том, что указанные отличия характеризуют особенности употребления отдельных видов ПАВ с ВП.

5.3. Исследование употребления психоактивных веществ с вредными последствиями у пациентов с ранним и поздним сроком начала расстройств поведения

5.3.1 Рейтинг тяжести употребления психоактивных веществ с вредными последствиями у пациентов с ранним и поздним сроком начала расстройств поведения при первичном обследовании

В таблице 83 представлены средние значения рейтингов тяжести употребления ПАВ с ВП у пациентов с ранним и поздним сроком начала РП.

Из таблицы 83 видно, что средние значения шкалы «Общественное поведение» были достоверно выше у пациентов с поздним началом РП ($p < 0,005$), а средние значения шкалы «Психическая адаптация/ психопатология» – у пациентов с ранним началом РП ($p < 0,005$). По остальным шкалам не было обнаружено статистически достоверных различий ($p > 0,05$). Указанные соотношения наглядно представлены на рисунке 16.

Таблица 83 – Рейтинг тяжести употребления ПАВ с ВП у пациентов с разными сроками начала РП (все пациенты)

шкалы	раннее начало РП M±m	позднее начало РП M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	3,02 ± 0,091	2,91 ± 0,119	0,398
Школьное обучение/занятость	5,93 ± 0,090	5,80 ± 0,108	0,424
Общественное поведение	3,22 ± 0,087	4,53 ± 0,110	0,001 *
Семейные взаимоотношения	5,60 ± 0,127	5,65 ± 0,161	0,738
Психическая адаптация/психопатология	6,15 ± 0,088	4,87 ± 0,101	0,001 *
Противоправные действия	4,25 ± 0,100	4,38 ± 0,121	0,419
Употребление наркотиков	4,55 ± 0,140	4,38 ± 0,156	0,336
Употребление алкоголя	2,86 ± 0,144	3,10 ± 0,186	0,622

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

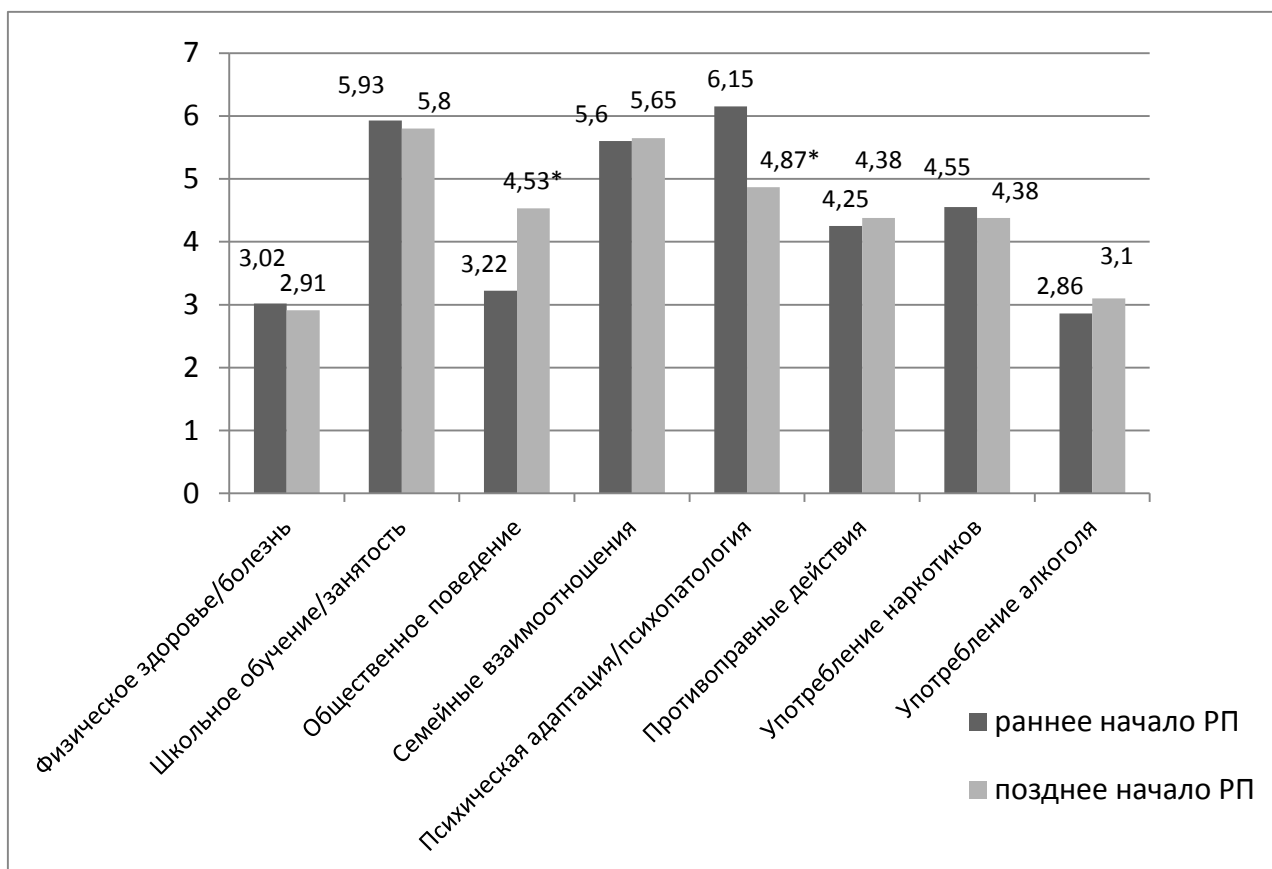


Рисунок 16. Рейтинг тяжести употребления ПАВ с ВП при разных сроках начала РП.

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

В таблице 84 представлены средние значения рейтинга тяжести при раннем и позднем начале РП у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП.

Из таблицы 84 видно, что в отличие от выборки в целом у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП, не наблюдается достоверных отличий средних значений шкалы «Общественное поведение» ($p > 0,7$). В остальном результаты сравнения средних значений у пациентов с ранним и поздним сроком начала РП схожи с общей выборкой.

В таблице 85 представлены средние значения рейтинга тяжести при раннем и позднем начале РП у пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП. Из таблицы 85 видно, что средние значения шкалы «Общественное поведение» были достоверно выше у пациентов с поздним началом РП ($p < 0,005$), а средние значения шкалы «Психическая адаптация/ психопатология» – у пациентов с

ранним началом РП ($p < 0,005$). По остальным шкалам не было обнаружено статистически достоверных различий ($p > 0,05$).

Таблица 84 – Рейтинг тяжести у пациентов с разными сроками начала РП
(подгруппа употребления опиоидов с ВП)

шкалы	раннее начало РП M±m	позднее начало РП M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	2,63 ± 0,142	2,51 ± 0,182	0,578
Школьное обучение/занятость	4,94 ± 0,102	4,84 ± 0,124	0,547
Общественное поведение	4,58 ± 0,133	4,65 ± 0,152	0,772
Семейные взаимоотношения	3,68 ± 0,088	3,74 ± 0,149	0,898
Психическая адаптация/психопатология	5,06 ± 0,124	4,62 ± 0,144	0,021 *
Противоправные действия	5,53 ± 0,108	5,39 ± 0,117	0,382
Употребление наркотиков	6,16 ± 0,159	6,15 ± 0,170	0,994
Употребление алкоголя	2,74 ± 0,141	2,77 ± 0,215	0,897

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

Таблица 85 – Рейтинг тяжести у пациентов с разными сроками начала РП
(подгруппа употребления летучих растворителей с ВП)

шкалы	раннее начало РП M±m	позднее начало РП M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	3,60 ± 0,134	3,41 ± 0,202	0,684
Школьное обучение/занятость	6,76 ± 0,109	6,45 ± 0,119	0,051
Общественное поведение	2,71 ± 0,099	3,85 ± 0,132	0,001 *
Семейные взаимоотношения	7,18 ± 0,093	7,30 ± 0,115	0,357
Психическая адаптация/психопатология	6,62 ± 0,123	5,12 ± 0,132	0,001 *
Противоправные действия	3,43 ± 0,106	3,25 ± 0,122	0,332
Употребление наркотиков	4,13 ± 0,133	3,98 ± 0,174	0,228
Употребление алкоголя	2,14 ± 0,099	2,25 ± 0,128	0,468

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

В таблице 86 представлены средние значения рейтинга тяжести при раннем и позднем сроке начала РП у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП.

Из таблицы 86 видно, что средние значения шкалы «Общественное поведение» были достоверно выше у пациентов с поздним началом РП ($p < 0,005$), а средние значения шкалы «Психическая адаптация/ психопатология» - у пациентов с ранним началом РП ($p < 0,005$). По остальным шкалам не было обнаружено статистически достоверных различий ($p > 0,05$).

Таблица 86 – Рейтинг тяжести у пациентов с разными сроками начала РП
(подгруппа употребления алкоголя с ВП)

шкалы	раннее начало РП M±m	позднее начало РП M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	3,02 ± 0,211	2,74 ± 0,271	0,093
Школьное обучение/занятость	6,85 ± 0,175	6,42 ± 0,198	0,077
Общественное поведение	2,70 ± 0,162	3,95 ± 0,232	0,001 *
Семейные взаимоотношения	5,40 ± 0,156	5,72 ± 0,195	0,241
Психическая адаптация/психопатология	6,81 ± 0,172	5,33 ± 0,229	0,001 *
Противоправные действия	3,37 ± 0,140	3,61 ± 0,143	0,242
Употребление наркотиков	1,33 ± 0,234	1,28 ± 0,344	0,727
Употребление алкоголя	6,13 ± 0,154	5,61 ± 0,226	0,218

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

В таблице 87 представлены средние значения рейтинга тяжести при раннем и позднем сроке начала РП у пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП.

Из таблицы 87 видно, что средние значения шкалы «Психическая адаптация/психопатология» были достоверно выше у пациентов с ранним началом РП ($p < 0,005$), а средние значения шкалы «Противоправные действия» - у пациентов с поздним началом РП ($p < 0,05$). По остальным шкалам не было обнаружено статистически достоверных различий ($p > 0,05$).

Таблица 87 – Рейтинг тяжести у пациентов с разными сроками начала РП
(подгруппа употребления стимуляторов с ВП)

шкалы	раннее начало РП M±m	позднее начало РП M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	2,33 ± 0,268	2,50 ± 0,272	0,623
Школьное обучение/занятость	5,22 ± 0,191	5,14 ± 0,206	0,870
Общественное поведение	4,17 ± 0,259	4,29 ± 0,266	0,737
Семейные взаимоотношения	5,68 ± 0,195	5,81 ± 0,187	0,415
Психическая адаптация/психопатология	6,06 ± 0,250	4,33 ± 0,248	0,001 *
Противоправные действия	5,45 ± 0,202	5,81 ± 0,228	0,039 *
Употребление наркотиков	5,57 ± 0,302	5,28 ± 0,355	0,494
Употребление алкоголя	1,93 ± 0,300	2,33 ± 0,327	0,338

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

5.3.2. Рейтинг тяжести употребления психоактивных веществ с вредными последствиями у пациентов с ранним и поздним сроком начала расстройств поведения при повторном обследовании

В таблице 88 представлены рейтинги тяжести употребления ПАВ с ВП при раннем и позднем сроке начала РП при повторном обследовании.

Из таблицы 88 видно, что в группе раннего начала РП достоверно преобладали средние значения шкал «Физическое здоровье/болезнь», «Психическая адаптация/психопатология» и «Употребление наркотиков». В группе позднего начала РП достоверно преобладали средние значения шкал «Общественное поведение», «Противоправные действия» и «Употребление алкоголя». Между средними значениями шкал «Школьное обучение/занятость» и «Семейные взаимоотношения» достоверных различий не обнаружено. Указанные соотношения наглядно представлены на рисунке 17.

Таблица 88 – Рейтинг тяжести употребления ПАВ с ВП у пациентов с разными сроками начала РП при повторном обследовании (все пациенты)

шкалы	раннее начало РП M±m	позднее начало РП M±m	P
Физическое здоровье/болезнь	5,13 ± 0,106	3,22 ± 0,128	0,001 *
Школьное обучение/занятость	6,37 ± 0,103	6,29 ± 0,121	0,105
Общественное поведение	3,50 ± 0,117	5,75 ± 0,144	0,001 *
Семейные взаимоотношения	5,98 ± 0,127	6,11 ± 0,143	0,059
Психическая адаптация/психопатология	7,04 ± 0,111	5,16 ± 0,115	0,001 *
Противоправные действия	4,48 ± 0,113	5,81 ± 0,135	0,026 *
Употребление наркотиков	5,91 ± 0,192	4,27 ± 0,215	0,001 *
Употребление алкоголя	2,24 ± 0,183	3,38 ± 0,232	0,001 *

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

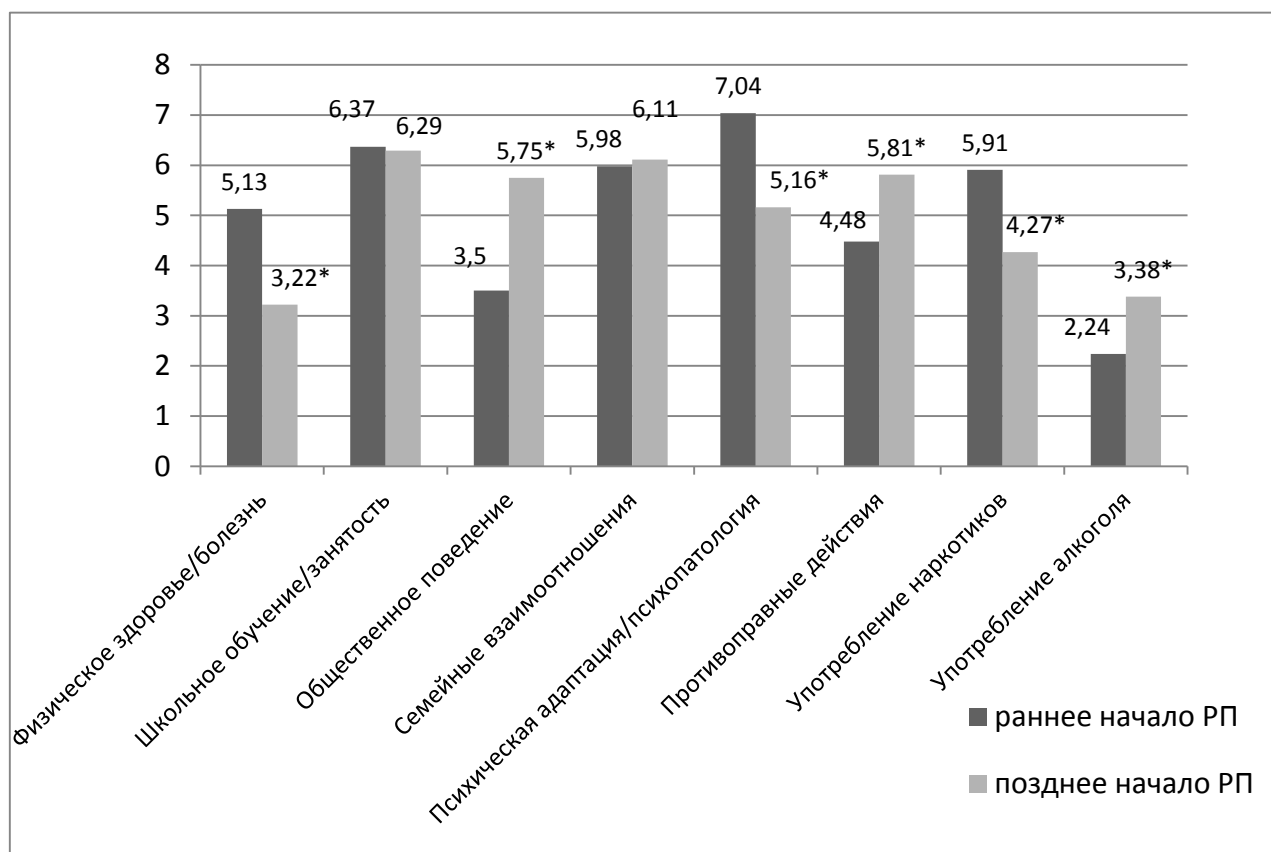


Рисунок 17. Рейтинг тяжести употребления ПАВ с ВП у пациентов с разными сроками начала РП при повторном обследовании.

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

Клинико-динамическое наблюдение подтвердило наметившуюся при первичном обследовании тенденцию к преобладанию у пациентов с ранним началом РП психопатологических последствий употребления ПАВ, а у пациентов с поздним началом – поведенческих последствий. В динамике при повторном обследовании к этим различиям добавились более выраженные медицинские последствия у пациентов с ранним началом РП и более выраженные социально-юридические последствия у пациентов с поздним началом РП. У пациентов с ранним началом РП имело место количественно более выраженное употребление наркотиков (психоактивных веществ), а у пациентов с поздним началом – большие значения сопутствующего употребления алкоголя.

В динамике пациенты с разными сроками начала РП показали достоверные различия по 6 из 8 шкал, что существенно отличает группы по выраженности употребления ПАВ с ВП. При большей выраженности употребления ПАВ в целом, пациенты с ранним началом демонстрировали большую выраженность медицинских и психопатологических последствий, а пациенты с поздним началом – большую выраженность социально-юридических последствий.

В таблице 89 представлены средние значения рейтинга тяжести при раннем и позднем начале РП у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП, при повторном обследовании.

Из таблицы 89 видно, что в группе раннего начала РП (пациенты, употребляющие опиоиды с ВП) достоверно преобладали средние значения шкал «Физическое здоровье/болезнь», «Психическая адаптация/психопатология» и «Употребление наркотиков». В группе позднего начала РП достоверно преобладали средние значения шкал «Общественное поведение», «Противоправные действия» и «Употребление алкоголя». Между средними значениями шкал «Школьное обучение/занятость» и «Семейные взаимоотношения» достоверных различий не обнаружено.

Таблица 89 – Рейтинг тяжести при раннем и позднем начале РП при повторном обследовании (подгруппа употребления опиоидов с ВП)

шкалы	раннее начало РП M±m	позднее начало РП M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	4,63 ± 0,155	3,09 ± 0,175	0,001 *
Школьное обучение/занятость	5,62 ± 0,160	5,44 ± 0,183	0,061
Общественное поведение	4,41 ± 0,182	6,24 ± 0,209	0,001 *
Семейные взаимоотношения	4,26 ± 0,131	4,49 ± 0,160	0,072
Психическая адаптация/психопатология	5,94 ± 0,148	4,89 ± 0,171	0,001 *
Противоправные действия	5,69 ± 0,145	6,53 ± 0,194	0,001 *
Употребление наркотиков	8,16 ± 0,197	6,40 ± 0,155	0,001 *
Употребление алкоголя	1,12 ± 0,169	2,82 ± 0,252	0,001 *

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

Имевшее место при первичном обследовании различие по шкале «Психическая адаптация/психопатология» дополнилось отличием в количественной выраженности употребления опиоидов с ВП и алкоголем и отличием в последствиях их употребления (медицинских, психопатологических, социально-юридических). Для пациентов с ранним началом РП были характерна большие количественные характеристики употребления опиоидов, большая выраженность медицинских и психопатологических последствий. У пациентов с поздним началом отмечались большие значения сопутствующего употребления алкоголя и более выраженные социально-юридические последствия. Результаты, полученные для пациентов с употреблением опиоидов с ВП, совпадают с результатами, полученными для общей выборки в целом.

В таблице 90 представлены средние значения рейтинга тяжести при раннем и позднем сроке начала РП у пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП, при повторном обследовании.

Динамическое исследование пациентов с употреблением летучих растворителей с ВП с разными сроками начала РП показало достоверные различия между группами по 7 из 8 шкал. Из таблицы 90 видно, что в группе

раннего начала РП достоверно преобладали средние значения шкал «Физическое здоровье/болезнь», «Семейные взаимоотношения», «Психическая адаптация/психопатология» и «Употребление наркотиков». В группе позднего начала РП достоверно преобладали средние значения шкал «Общественное поведение», «Противоправные действия» и «Употребление алкоголя». Между средними значениями шкал «Школьное обучение/занятость» достоверных различий не обнаружено.

Таблица 90 – Рейтинг тяжести при раннем и позднем начале РП при повторном обследовании (подгруппа употребления летучих растворителей с ВП)

шкалы	раннее начало РП M±m	позднее начало РП M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	5,53 ± 0,146	3,61 ± 0,239	0,001 *
Школьное обучение/занятость	7,37 ± 0,114	6,94 ± 0,143	0,052
Общественное поведение	2,92 ± 0,161	5,30 ± 0,231	0,001 *
Семейные взаимоотношения	8,15 ± 0,101	7,18 ± 0,123	0,001 *
Психическая адаптация/психопатология	7,51 ± 0,154	5,58 ± 0,130	0,001 *
Противоправные действия	3,71 ± 0,135	5,00 ± 0,203	0,001 *
Употребление наркотиков	5,49 ± 0,169	3,45 ± 0,222	0,001 *
Употребление алкоголя	1,21 ± 0,177	3,61 ± 0,208	0,001 *

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

Таким образом, отмеченная при первичном обследовании тенденция к преобладанию у пациентов с ранним началом РП психопатологических последствий употребления ПАВ, а у пациентов с поздним началом – поведенческих последствий усугубилась. В динамике были установлены более выраженные последствия для физического здоровья и семейной адаптации у пациентов с ранним началом РП. Кроме того, у пациентов с ранним началом РП имели место большие количественные значения употребления летучих растворителей, а у пациентов с поздним началом – большие значения сопутствующего употребления алкоголя.

По сравнению с выборкой в целом у пациентов с ранним началом РП, употребляющих летучие растворители с ВП, отмечены еще и негативные последствия для семейной адаптации. В остальном результаты, полученные для пациентов с употреблением летучих растворителей с ВП, совпадают с результатами, полученными для общей выборки в целом и для пациентов с употреблением опиоидов с ВП.

В таблице 91 представлены средние значения рейтинга тяжести при раннем и позднем сроке начала РП у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, при повторном обследовании.

Таблица 91 – Рейтинг тяжести при раннем и позднем начале РП при повторном обследовании (подгруппа употребления алкоголя с ВП)

Шкалы	раннее начало РП M±m	позднее начало РП M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	5,22 ± 0,265	3,14 ± 0,283	0,001 *
Школьное обучение/занятость	7,04 ± 0,230	6,82 ± 0,218	0,144
Общественное поведение	3,22 ± 0,258	5,29 ± 0,343	0,001 *
Семейные взаимоотношения	5,86 ± 0,176	6,03 ± 0,206	0,301
Психическая адаптация/психопатология	7,67 ± 0,252	5,52 ± 0,294	0,001 *
Противоправные действия	3,81 ± 0,238	5,00 ± 0,202	0,001 *
Употребление наркотиков	2,07 ± 0,266	0,57 ± 0,430	0,001 *
Употребление алкоголя	8,26 ± 0,196	5,57 ± 0,270	0,001 *

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

Из таблицы 91 видно, что в группе раннего начала РП у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, достоверно преобладали средние значения шкал «Физическое здоровье/болезнь», «Психическая адаптация/психопатология», «Употребление наркотиков» и «Употребление алкоголя». В группе позднего начала РП достоверно преобладали средние значения шкал «Общественное поведение» и «Противоправные действия». Между средними значениями шкал

«Школьное обучение/занятость» и «Семейные взаимоотношения» достоверных различий не обнаружено.

Динамическое исследование пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, с разными сроками начала РП показало достоверные различия между ними по 6 из 8 шкал. У пациентов с ранним началом РП отмечалась большая выраженность медицинских и психопатологических последствий, у пациентов с поздним началом – большая выраженность социально-юридических последствий. Пациенты с ранним началом РП демонстрируют более высокие значения употребления алкоголя и сопутствующего употребления ПАВ. Результаты, полученные для пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, совпадают с результатами, полученными для общей выборки в целом и для подгруппы пациентов, употребляющих опиоиды с ВП.

В таблице 92 представлены средние значения рейтинга тяжести при раннем и позднем сроке начала РП у пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП, при повторном обследовании.

Таблица 92 – Рейтинг тяжести при раннем и позднем начале РП при повторном обследовании (подгруппа употребления стимуляторов с ВП)

шкалы	раннее начало РП M±m	позднее начало РП M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	4,56 ± 0,335	2,75 ± 0,361	0,001 *
Школьное обучение/занятость	6,05 ± 0,312	5,45 ± 0,310	0,082
Общественное поведение	4,00 ± 0,323	5,92 ± 0,325	0,001 *
Семейные взаимоотношения	5,89 ± 0,266	6,25 ± 0,173	0,052
Психическая адаптация/психопатология	6,94 ± 0,360	4,42 ± 0,339	0,001 *
Противоправные действия	5,69 ± 0,259	6,75 ± 0,300	0,011 *
Употребление наркотиков	7,50 ± 0,152	5,00 ± 0,194	0,001 *
Употребление алкоголя	0,50 ± 0,431	1,00 ± 0,414	0,040 *

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

Из таблицы 92 видно, что у пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП, в группе раннего начала РП достоверно преобладали средние значения шкал «Физическое здоровье/болезнь», «Психическая адаптация/психопатология» и «Употребление наркотиков». В группе позднего начала РП достоверно преобладали средние значения шкал «Общественное поведение», «Противоправные действия» и «Употребление алкоголя». Между средними значениями шкал «Школьное обучение/занятость» и «Семейные взаимоотношения» достоверных различий не обнаружено. При повторном обследовании у пациентов с ранним началом РП отмечалась большая выраженность медицинских и психопатологических последствий, а у пациентов с поздним началом – большая выраженность социально-юридических последствий. Для пациентов с ранним началом РП была характерна большая количественная выраженность употребления ПАВ, а для пациентов с поздним началом РП – большая количественная выраженность сопутствующего употребления алкоголя. Результаты, полученные для пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП, совпадают с результатами, полученными для других подгрупп и выборкой в целом.

Результаты исследования, приведенные в данной главе, позволяют сделать следующие общие выводы:

1) Клинико-динамическое исследование тяжести употребления ПАВ и его последствий с помощью рейтинга тяжести по методике «ЕвроАДАД» позволило констатировать увеличение количественных значений всех шкал, что говорит о нарастании тяжести употребления ПАВ с ВП.

2) Клинико-психопатологическая оценка позволила говорить о сложившемся синдроме зависимости у всех пациентов, употребляющих опиоиды с ВП, у 71,6% пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП, у 15,8 % пациентов, употребляющих алкоголь с ВП и у 59,6% пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП.

3) Тяжесть и последствия употребления ПАВ отличаются у подростков с разным сроком формирования РП. У подростков с ранним началом РП более

выраженными оказались медицинские и психопатологические последствия употребления ПАВ, а при позднем начале РП – поведенческие (социально-юридические) последствия. Выявленная закономерность в целом характерна для пациентов, употребляющих все изучаемые виды ПАВ с ВП.

4) В динамике при повторном обследовании к указанным различиям добавились более выраженные медицинские последствия употребления ПАВ (у пациентов с ранним началом РП) и более выраженные социально-юридические последствия употребления ПАВ (у пациентов с поздним началом РП). У пациентов с ранним началом РП отмечались более выраженные количественные характеристики употребления ПАВ, а у пациентов с поздним началом – большие значения сопутствующего употребления алкоголя.

ГЛАВА 6. СВЯЗЬ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

Для изучения связи форм расстройств поведения с употреблением ПАВ с ВП был проведен факторный анализ количественных значений шкал «Низонжеровский опросник оценки поведения детей» и «ЕвроАДАД».

Результаты факторного анализа всей выборки в целом представлены в приложении 6. В таблице 337 представлены результаты оценки пригодности данных для факторного анализа. Из таблицы 337 видно, что значение меры адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина выше 0,500 и составляет 0,708 [122]. Это свидетельствует о применимости данных для факторной модели, которая в данном случае довольно полно описывает структуру шкал тестов. Исходная гипотеза о несуществующей корреляционной связи между переменными исходного массива отклонена с вероятностью ошибки 0,000 (критерий сферичности Бартлетта), что говорит о том, что корреляционная связь между численными значениями шкал существует и возможна их группировка на основании тесноты корреляции.

График собственных значений факторов представлен на рисунке 60 (см. приложение 6). Анализ графика собственных значений позволил отобрать для анализа 3 фактора. Их объясненная дисперсия составляет 50,257% (таблица 338 приложения 6).

В таблице 339 (приложение 6) представлены данные, касающиеся качества подгонки данных факторного анализа (Goodness-of-fit test). Т. к. риск ошибки больше 0,05, то можно говорить о достаточном количестве выделенных факторов. Значение факторных нагрузок после Varimax-вращения факторов (метод – «максимум правдоподобия») представлены в таблице 93.

Из таблицы 93 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».

Таблица № 93 – 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

Необходимо отметить, что шкала «Употребление наркотиков» явилась составляющей как 1, так и 2 факторов, что позволяет предположить разные «кондуктивные» механизмы использования ПАВ в каждом из этих двух случаев.

1 фактор отражает взаимосвязь употребления ПАВ с типичными клиническими проявлениями диагностической рубрики F 91 («Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи» (F 91.0), «Несоциализированное расстройство поведения» (F 91.1), «Социализированное расстройство поведения» (F 91.2), которые выявляются посредством вопросов шкалы «Расстройства поведения» «Низонжеровского опросника оценки поведения детей». Кроме того, в 1 фактор входит такая составляющая, как шкала «Оппозиции», вопросы которой соответствуют диагностической рубрике

«Оппозиционно-вызывающее расстройство» (F 91.2), характерной для детей младше 9-10 лет. Присутствие диагностических признаков этого расстройства у пациентов подросткового возраста не случайно. С одной стороны, это говорит о том, что в структуре пубертатных поведенческих расстройств, сопровождающихся употреблением ПАВ, значительную долю занимают механизмы протестных форм поведения. Следовательно, клинические проявления протестных реакций, характерные для лиц более младшего возраста, у изучаемого возрастного контингента еще сохраняют свою актуальность. С другой стороны, оппозиционно-вызывающее расстройство, встречающееся у младших школьников, и характерные для подростков поведенческие расстройства, проявляющиеся нарушением закона и моральных норм, представляют собой явления не просто родственные, закономерно и последовательно сменяющие друг друга в возрастном аспекте, но и составляющие единое целое. Кроме вышеуказанных, в 1 фактор также вошли шкалы, отражающие очевидные социальные и семейные последствия употребления ПАВ и поведенческих расстройств (шкалы «Общественное поведение», «Семейные взаимоотношения» и «Противоправные действия»).

2 фактор отражает взаимосвязь употребления ПАВ, прежде всего, с клиническими проявлениями F 90 «Гиперкинетического расстройства» («Нарушение активности и внимания» (F 90.0) и «Гиперкинетическое расстройство поведения» (F 90.1). Это такие шкалы, как «Гиперактивность» и «Невнимательность». Следует указать на наличие в структуре этого фактора такой составляющей, как шкалы «Эмоциональные нарушения». Последствия употребления ПАВ здесь были представлены такими шкалами, как «Физическое здоровье/болезнь», «Семейные взаимоотношения», «Психическая адаптация/психопатология». То есть акцент смещен на медицинские (физические и психолого-психопатологические) последствия употребления наркотиков.

3 фактор (высокие факторные нагрузки шкал «Сензитивность» и «Употребление алкоголя») объясняет феномен сопутствующего употребления алкоголя при ведущем употреблении наркотиков с ВП. Здесь очевидна его

взаимосвязь с сензитивными формами психического реагирования в рамках как личностно-характерологических свойств, так и реакций невротического круга.

Результаты факторного анализа количественных значений шкал «Низонжеровский опросник оценки поведения детей» и «ЕвроАДАД» пациентов, употребляющих опиоиды с ВП, представлены в приложении 6.

В таблице 340 приложения 6 представлены результаты оценки пригодности данных для факторного анализа. Из таблицы 340 видно, что значение меры адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина выше 0,500 и составляет 0,633. Это свидетельствует о применимости данных для факторной модели, которая в данном случае довольно полно описывает структуру шкал тестов. Исходная гипотеза о несуществующей корреляционной связи между переменными исходного массива отклонена с вероятностью ошибки 0,000 (критерий сферичности Бартлетта), что говорит о том, что корреляционная связь между показателями шкал существует и возможна их группировка на основании тесноты корреляции.

График собственных значений факторов представлен на рисунке 61 (см. приложение 6). Анализ графика собственных значений позволил отобрать для анализа 3 фактора. Их объясненная дисперсия составляет 49,960% (таблица 341 приложения 6).

В таблице 342 (приложение 6) представлены данные, касающиеся качества подгонки данных факторного анализа (Goodness-of-fit test). Т. к. риск ошибки меньше 0,05, то рассматриваемая факторная модель не является единственной и окончательной. Она может быть дополнена другими факторами (или же число факторов может быть изменено). Значения факторных нагрузок после Varimax-вращения факторов (метод – «максимум правдоподобия») представлены в таблице 94.

Из таблицы 94 видно, что у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП, как и в выборке в целом, 1 фактор представлен высокими и средними факторными нагрузками шкал «Расстройства поведения», «Оппозиция», «Общественное поведение», «Семейные взаимоотношения», «Противоправные действия»,

«Употребление наркотиков». Кроме того, здесь по сравнению с выборкой в целом имеет место более высокая факторная нагрузка шкалы «Школьное обучение/занятость», что позволяет ее также включить в число составляющих переменных 1 фактора. Это говорит о том, что в перечень последствий употребления опиоидов входит не только социально-семейные дезадаптация, но и последствия для школьного обучения.

Таблица 94 – Повернутая факторная матрица (употребление опиоидов с ВП)

Шкалы	Факторы		
	1	2	3
«Позитивное поведение»	-0,244	-0,304	-0,140
«Расстройства поведения»	0,550	-0,212	-0,014
«Оппозиция»	0,437	0,006	0,191
«Сензитивность»	-0,233	0,370	0,455
«Гиперактивность»	-0,100	0,552	-0,016
«Невнимательность»	-0,139	0,518	-0,307
«Эмоциональные нарушения»	-0,018	0,530	0,388
«Физическое здоровье/болезнь»	0,358	0,406	0,065
«Школьное обучение/занятость»	0,550	0,281	0,173
«Общественное поведение»	0,814	0,473	0,066
«Семейные взаимоотношения»	0,632	0,307	-0,119
«Психическая адаптация/психопатология»	-0,008	0,622	0,254
«Противоправные действия»	0,783	0,239	-0,115
«Употребление наркотиков»	0,677	0,402	0,030
«Употребление алкоголя»	0,160	0,300	0,722

Во 2 фактор вошли шкалы «Гиперактивность», «Невнимательность», «Эмоциональные нарушения», «Физическое здоровье/болезнь», «Психическая адаптация/психопатология», «Употребление наркотиков». По сравнению с выборкой в целом отмечаются более низкие значения факторной нагрузки шкалы «Семейные взаимоотношения», что позволяет исключить этот показатель из составляющих 2 фактора, и более высокие значения – шкалы «Общественное поведение», что позволяет включить этот показатель в число составляющих 2 фактор. Это также говорит о более широком спектре последствий у пациентов, употребляющих опиоиды по сравнению с выборкой в целом.

В 3 фактор подгруппы употребления опиоидов с ВП, как и в выборку в целом, вошли шкалы с высокими факторными нагрузками шкал «Сензитивность» и «Употребление алкоголя».

Таким образом, факторная модель пациентов, употребляющих опиоиды с ВП, по большинству составляющих близка факторной модели всей исследуемой выборки в целом.

Результаты факторного анализа количественных показателей шкал «Низонжеровский опросник оценки поведения детей» и «ЕвроАДАД» пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП, представлены в приложении 6.

В таблице 343 (приложение 6) представлены результаты оценки пригодности данных для факторного анализа. Из таблицы 343 видно, что значение меры адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина равно 0,710, что превышает критическое значение порога применимости факторной модели (0,500), и используемые данные полно описывают структуру шкал тестов. Исходная гипотеза о несуществующей корреляционной связи между переменными исходного массива отклонена с вероятностью ошибки 0,000 (критерий сферичности Бартлетта), что говорит о том, что корреляционная связь между показателями шкал существует и возможна их группировка на основании тесноты корреляции. График собственных значений факторов представлен на рисунке 62 (приложение 6).

Анализ графика собственных значений позволил отобрать для анализа 3 фактора. Их объясненная дисперсия составляет 4,017% (см. таблицу 344 приложения 6). В таблице 345 представлены данные, касающиеся «качества подгонки» данных (Goodness-of-fit test). Риск ошибки в данном случае ниже порога статистической достоверности (0,05), что указывает на возможность использования альтернативной факторной модели. Значения факторных нагрузок после Varimax-вращения факторов (метод – «максимум правдоподобия») представлены в таблице 95.

Таблица 95 – Повернутая факторная матрица (употребление летучих растворителей с ВП)

Шкалы	Факторы		
	1	2	3
«Позитивное поведение»	-0,170	-0,595	-0,114
«Расстройства поведения»	0,488	0,118	-0,140
«Оппозиция»	0,613	0,206	-0,086
«Сензитивность»	-0,122	0,014	0,571
«Гиперактивность»	0,302	0,645	-0,157
«Невнимательность»	0,064	0,447	-0,491
«Эмоциональные нарушения»	-0,138	0,629	0,281
«Физическое здоровье/болезнь»	0,019	0,436	0,305
«Школьное обучение/занятость»	0,357	0,432	-0,173
«Общественное поведение»	0,592	0,505	0,158
«Семейные взаимоотношения»	0,514	0,445	-0,276
«Психическая адаптация/психопатология»	-0,093	0,421	0,503
«Противоправные действия»	0,425	0,478	-0,044
«Употребление наркотиков»	0,562	0,492	-0,138
«Употребление алкоголя»	0,418	-0,076	0,440

Из таблицы 95 видно, что у пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП, как и в выборке в целом, 1 фактор представлен высокими и средними факторными нагрузками шкал «Расстройства поведения», «Оппозиция», «Общественное поведение», «Семейные взаимоотношения», «Противоправные действия», «Употребление наркотиков». Различие состоит в том, что по сравнению с выборкой в целом в 1 фактор вошла шкала «Употребление алкоголя со средним значением факторной нагрузки (0,418). По-видимому, здесь прослеживается связь употребления летучих растворителей с ВП и сопутствующего употребления алкоголя. Последствия употребления летучих растворителей включают в себя в основном социально-семейные последствия, исключая школьную дезадаптацию.

2 фактор, так же как и в других клинических подгруппах, представлен шкалами «Гиперактивность», «Невнимательность», «Эмоциональные нарушения», «Физическое здоровье/болезнь», «Психическая адаптация/психопатология», «Употребление наркотиков». По сравнению с

выборкой в целом отмечаются более высокие значения факторных нагрузок шкал «Школьное обучение/занятость», «Семейные взаимоотношения», «Противоправные действия», что позволяет рассматривать эти показатели в качестве составляющих 2 фактора и, следовательно, говорить о более выраженных последствиях употребления летучих растворителей у подростков с гиперкинетическим расстройством.

3 фактор, как и в выборке в целом, составили шкалы с высокими факторными нагрузками шкал «Сензитивность» и «Употребление алкоголя». Кроме того, 3 фактор составила шкала «Невнимательность» с отрицательным значением.

Таким образом, факторная модель пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП, по большинству составляющих близка факторной модели всей исследуемой выборки в целом. Различие касается составляющих 1 фактора (входит составляющая шкала «Употребление алкоголя») и 2 фактора (входят составляющие шкалы «Школьное обучение/занятость», «Семейные взаимоотношения», «Противоправные действия»).

Результаты факторного анализа количественных показателей шкал «Низонжеровский опросник оценки поведения детей» и «ЕвроАДАД» пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, представлены в приложении 6.

В таблице 346 (приложение 6) представлены результаты оценки пригодности данных для факторного анализа. Из таблицы 346 видно, что значение меры адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина равно 0,722, что превышает критическое значение порога применимости факторной модели (0,500), и используемые данные полно описывают структуру шкал тестов. Исходная гипотеза о несуществующей корреляционной связи между переменными исходного массива отклонена с вероятностью ошибки 0,000 (критерий сферичности Бартлетта), что говорит о том, что корреляционная связь между показателями шкал существует и возможна их группировка на основании тесноты корреляции. График собственных значений факторов представлен на рисунке 63 (приложение 6).

Анализ графика собственных значений позволил отобрать для анализа 3 фактора. Их объясненная дисперсия составляет 49,731% (см. таблицу 347). В таблице 340 приложения 6 представлены данные, касающиеся «качества подгонки» данных (Goodness-of-fit test). Риск ошибки превышает уровень статистической значимости (0,05), следовательно, можно говорить о достаточном количестве выделенных факторов.

Значения факторных нагрузок после статистической процедуры Varimax-вращения факторов (метод – «максимум правдоподобия») представлены в таблице 96.

Таблица 96 – Повернутая факторная матрица (употребление алкоголя с ВП)

Шкалы	Факторы		
	1	2	3
«Позитивное поведение»	-0,096	-0,394	0,422
«Расстройства поведения»	0,818	-0,255	0,073
«Оппозиция»	0,600	0,143	-0,024
«Сензитивность»	-0,244	-0,079	0,844
«Гиперактивность»	0,087	0,583	-0,133
«Невнимательность»	-0,495	0,460	-0,130
«Эмоциональные нарушения»	0,497	0,648	0,121
«Физическое здоровье/болезнь»	-0,870	-0,072	-0,136
«Школьное обучение/занятость»	0,511	0,702	-0,062
«Общественное поведение»	0,536	0,489	-0,135
«Семейные взаимоотношения»	0,404	0,722	-0,011
«Психическая адаптация/психопатология»	-0,367	0,514	-0,225
«Противоправные действия»	0,749	0,002	-0,131
«Употребление наркотиков»	0,204	0,402	-0,138
«Употребление алкоголя»	0,662	0,539	0,255

Из таблицы 96 видно, что у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, структуру 1 фактора составляют такие шкалы, как «Расстройства поведения», «Оппозиция», «Эмоциональные нарушения», «Школьное обучение/занятость», «Общественное поведение», «Семейные взаимоотношения», «Противоправные действия», «Употребление алкоголя». По сравнению с другими группами и выборкой в целом в 1 фактор вошли, также с отрицательным значением, шкалы

«Невнимательность» и «Физическое здоровье/болезнь». Это, вероятно, связано с тем, что употребление алкоголя, сочетающееся с типичными формами расстройств поведения, в незначительной степени связано с ощущением болезни и переживанием физического нездоровья.

2 фактор составили такие шкалы, как «Гиперактивность», «Невнимательность», «Эмоциональные нарушения», «Школьное обучение/занятость», «Общественное поведение», «Семейные взаимоотношения», «Психическая адаптация/психопатология», «Употребление наркотиков», «Употребление алкоголя». Следовательно, можно сказать, что в данном случае гиперкинетическое расстройство поведения представлено лишь одним компонентом – гиперактивностью. Также в отличие от других подгрупп отсутствуют такие составляющие 2 фактора, как шкалы «Физическое здоровье/болезнь» и «Противоправные действия». Важным представляет наличие такой составляющей 2 фактора, как «Употребление наркотиков». То есть употребление алкоголя, формирующееся на основе гиперкинетического расстройства, сочетается и с употреблением наркотиков (в отличие от употребления алкоголя, формирующегося на основе личностных девиаций).

3 фактор, как и в выборке в целом, составили шкалы с высокими факторными нагрузками «Сензитивность» и «Позитивное поведение».

Таким образом, факторная модель пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, по большинству составляющих близка факторной модели всей выборки в целом и другим подгруппам. Различие касается составляющих 1 фактора (в который входит шкала «Физическое здоровье/болезнь» с отрицательным знаком) и 2 фактора (в котором отсутствует шкалы «Противоправные действия» и «Употребление наркотиков»). Особенностью 3 фактора в рассматриваемой подгруппе является наличие в его структуре наряду со школой «Сензитивность» шкалы «Позитивное поведение». Последняя отсутствует в структуре 3 фактора других подгрупп.

Результаты факторного анализа количественных показателей шкал «Низонжеровский опросник оценки поведения детей» и «ЕвроАДАД» пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП, представлены в приложении 6.

В таблице 349 приложения 6 приводятся результаты оценки пригодности данных для факторного анализа. Из таблицы 349 видно, что значение меры адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина равно 0,755, что превышает критическое значение порога применимости факторной модели (0,500), и используемые данные полно описывает структуру шкал тестов. Исходная гипотеза о несуществующей корреляционной связи между переменными исходного массива отклонена с вероятностью ошибки 0,000 (критерий сферичности Бартлетта), что говорит о том, что корреляционная связь между численными значениями шкал существует и возможна их группировка на основании тесноты корреляции. График собственных значений факторов представлен на рисунке 64. Анализ графика собственных значений позволил отобрать для анализа 3 фактора. Их объясненная дисперсия составила 47,687% (таблица 350 приложения 6). В таблице 351 приложения 6 представлены данные, касающиеся «качества подгонки» данных (Goodness-of-fit test). Риск ошибки в данном случае ниже порога статистической достоверности (0,05), что указывает на возможность использования альтернативной факторной модели.

Значения факторных нагрузок после Varimax-вращения факторов (метод – «максимум правдоподобия») представлены в таблице 97.

Из таблицы 97 видно, что у пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП, в структуру 1 фактора вошли такие шкалы, как «Позитивное поведение» (с отрицательным значением), «Расстройства поведения», «Оппозиция», «Эмоциональные нарушения», «Физическое здоровье/болезнь», «Общественное поведение», «Семейные взаимоотношения», «Противоправные действия», «Употребление стимуляторов», «Употребление алкоголя». Таким образом, 1 фактор в рассматриваемой подгруппе, так же как и в других подгруппах, отражает связь социализированного и несоциализированного расстройств поведения с употреблением стимуляторов и с последствиями такого употребления

(медицинские, социальные, семейные, школьные и др.). Следует отметить присутствие в рамках 1 фактора такой составляющей, как «Употребление алкоголя». По сравнению с другими подгруппами и выборкой в целом здесь в структуру 1 фактора входит шкала «Физическое здоровье/болезнь».

Таблица 97 – Повернутая факторная матрица (употребление стимуляторов с ВП)

Шкалы	Факторы		
	1	2	3
«Позитивное поведение»	-0,433	-0,125	0,030
«Расстройства поведения»	0,615	0,206	0,131
«Оппозиция»	0,529	0,303	0,167
«Сензитивность»	-0,155	-0,049	0,882
«Гиперактивность»	0,030	0,571	-0,074
«Невнимательность»	-0,125	0,418	-0,111
«Эмоциональные нарушения»	0,442	0,538	0,056
«Физическое здоровье/болезнь»	0,550	0,077	-0,074
«Школьное обучение/занятость»	0,257	0,181	-0,103
«Общественное поведение»	0,713	-0,038	0,167
«Семейные взаимоотношения»	0,508	0,352	-0,098
«Психическая адаптация/психопатология»	0,123	0,696	0,521
«Противоправные действия»	0,577	-0,019	0,206
«Употребление стимуляторов»	0,617	0,423	-0,007
«Употребление каннабиноидов»	0,372	0,680	-0,230
«Употребление алкоголя»	0,476	0,102	0,408

2 фактор, так же как и в других подгруппах, составили шкалы «Гиперактивность», «Невнимательность», «Эмоциональные нарушения», «Психическая адаптация/психопатология», «Употребление стимуляторов», «Употребление каннабиноидов».

В 3 фактор, как и в других подгруппах, вошли такие составляющие, как «Сензитивность» и «Употребление алкоголя». Также в этот фактор вошла шкала «Психическая адаптация/психопатология», которая отсутствовала в других подгруппах.

Таким образом, проведенный факторный анализ количественных значений шкал «Низонжеровский опросник оценки поведения детей» и «ЕвроАДАД» позволяет сделать следующие выводы.

Факторная модель количественных значений шкал «Низонжеровский опросник оценки поведения детей» и «ЕвроАДАД», отражающая взаимосвязь форм расстройств поведения с употреблением ПАВ с ВП, при различных видах аддиктивного поведения имеет структурное сходство. Оно заключается в наличии во всех случаях 3 факторов, представленных относительно одинаковыми составляющими. Следует отметить, что в двух из четырех подгруппах, а также в выборке в целом показатель «Goodness-of-fit test» («качество подгонки») указывает на достаточное число выделенных факторов. Это говорит о корректности в данном случае результатов факторного анализа.

Устойчивой тенденцией во всех клинических подгруппах является присутствие в 1 факторе таких составляющих, как шкала «Расстройства поведения», «Оппозиция», «Общественное поведение», «Семейные взаимоотношения», «Противоправные действия». Эти показатели во всех подгруппах обязательно сочетаются с такой составляющей, как «Употребление наркотика» (или «Употребление алкоголя» в подгруппе пациентов с употреблением алкоголя с ВП). В некоторых подгруппах рассматриваемый фактор представлен также такими составляющими, как «Школьное обучение/занятость» (подгруппа употребления опиоидов с ВП); «Эмоциональные нарушения» и «Школьное обучение/занятость» (подгруппа употребления алкоголя с ВП); «Эмоциональные нарушения» и «Физическое здоровье/болезнь» (подгруппа употребления стимуляторов с ВП); а также рядом компонентов с отрицательными значениями.

2 фактор во всех подгруппах, как правило, представлен шкалами «Гиперактивность», «Невнимательность», «Эмоциональные нарушения», «Физическое здоровье/болезнь», «Семейные взаимоотношения», «Психическая адаптация/психопатология», «Употребление наркотиков», «Употребление алкоголя». «Гиперактивность» во всех случаях сочетается с «Невнимательностью», что говорит о том, что структура гиперкинетического расстройства представлена во всех подгруппах в полном виде. В ряде подгрупп 2-й фактор образован такими составляющими, как «Общественное поведение»

(подгруппа употребления опиоидов с ВП); «Общественное поведение», «Школьное обучение/занятость», «Противоправные действия» (подгруппа употребления летучих растворителей с ВП); «Общественное поведение», «Школьное обучение/занятость» (подгруппа употребления алкоголя с ВП).

Относительно устойчивыми были составляющие 3 фактора. Во всех клинических подгруппах это шкалы «Сензитивность» и «Употребление алкоголя» (за исключением подгруппы употребления алкоголя с ВП), а также «Позитивное поведение» (за исключением подгруппы употребления алкоголя с ВП) и «Психическая адаптация/психопатология» (за исключением подгруппы употребления стимуляторов с ВП).

Интерпретация и клиническое значение выделенных факторов. Анализ факторной структуры позволяет сделать вывод о наличии трех линий взаимосвязи расстройств поведения с употреблением ПАВ с ВП у подростков. Первая из них отражает связь употребления ПАВ и различных его последствий с поведенческими расстройствами, соответствующими диагностической рубрики F 91 (шкалы «Расстройства поведения» и «Оппозиция»). Это, прежде всего, симптомы диссоциального и агрессивного поведения, прогноз которых связан с формированием в большинстве случаев личностного расстройства (диссоциальное расстройство личности (F 60.2)). Существенно, что в рамках данного фактора эти составляющие оказались объединены в первую очередь с социально-юридическими последствиями употребления ПАВ (шкалы «Общественное поведение», «Семейные взаимоотношения», «Противоправные действия»).

Присутствие в структуре 1 фактора шкалы «Оппозиция», включающей клинические симптомы оппозиционно-вызывающего расстройства (F 91.3) указывает на большой удельный вес протестных форм поведения, специфичных для детей допубертатного возраста. Оппозиционно-протестные формы реагирования, таким образом, не утрачивают своей актуальности у подростков, злоупотребляющих ПАВ, что, с нашей точки зрения, является важной

описательной характеристикой их личности, имеющей отношение к психическому инфантилизму.

Учитывая вышеотмеченную констелляцию, близость диагностической рубрики F 91 критериям «Диссоциального расстройства личности» и ряд теоретических оснований, указывающих на динамическую взаимосвязь РП с личностными расстройствами [248, 354, 455, 526, 641, 660], данную клиническую разновидность аддиктивного поведения можно обозначить как формирующуюся на основе личностных поведенческих расстройств.

Вторая линия отражает связь употребления ПАВ и его последствий у подростков с гиперкинетическим расстройством поведения и его основными компонентами (шкалы «Гиперактивность» и «Невнимательность»). Природа такой взаимосвязи в практической работе детского психиатра не всегда представляется очевидной, а диагнозы «Нарушение активности и внимания» (F 90.0) и «Гиперкинетическое расстройство поведения» (F 90.1) к моменту формирования аддиктивных проблем у подростка в психиатрической практике часто заменяются «органическими» диагнозами («Органическое астеническое расстройство» (F 06.6), «Легкое когнитивное расстройство» (F 06.7)). Существенно, что во всех подгруппах указанное сочетание «Гиперактивности» и «Невнимательности» дополнялась шкалой «Эмоциональные нарушения», которая в рамках использованной методики содержит вопросы, выявляющие аффективные нарушения, характерные для экзогенно-органических нарушений.

Учитывая вышеуказанное, а также то, что в отечественной психиатрической литературе гиперкинетический (гипердинамический) синдром традиционно рассматривался как форма резидуально-органической церебральной патологии [100] рассматриваемую клиническую разновидность аддиктивного поведения можно обозначить как формирующуюся на основе гиперкинетических (органических) поведенческих расстройств. Следует отметить, что употребление ПАВ, формирующееся на основе органической патологии, оказалось связанным с выраженной семейной дезадаптацией, последствиями для физического здоровья и психопатологическими симптомами (шкалы «Физическое здоровье/болезнь»,

«Семейные взаимоотношения», «Психическая адаптация/психопатология»). Присутствие в трех клинических подгруппах шкалы «Общественное поведение» указывает на групповой характер употребления ПАВ, связь пациентов с делинквентной компанией и использование рискованных форм сексуального поведения.

Третья линия объясняет механизмы формирования у подростков сопутствующего употребления алкоголя на фоне употребления других ПАВ с ВП. Это явление во всех случаях объединено в один фактор со шкалой «Сензитивность». В контексте использованной методики («Низонжеровский опросник оценки поведения детей») сензитивность понимается как форма психического реагирования, характерная в равной мере как для личностного расстройства, так и близкого ему невротического круга нарушений. Важно подчеркнуть, что в данном случае отсутствовали серьезные последствия употребления ПАВ, а в некоторых случаях шкала «Сензитивность» сочеталась даже со шкалой «Позитивное поведение».

ГЛАВА 7. АДАПТАЦИОННАЯ СИСТЕМА ЛИЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

7.1. Механизмы психологической защиты у подростков с расстройствами поведения и употреблением психоактивных веществ с вредными последствиями

Основная группа. В таблице 98 представлены средние значения механизмов психологической защиты (МПЗ) пациентов основной группы с распределением по полу. Данные о нормальности распределения значений шкал «Индекса жизненного стиля» для пациентов основной группы представлены в приложении 7.1 (таблица 352). На основании представленных значений асимметрии и эксцесса можно сделать вывод, что выборка не соответствует критериям нормального распределения. Это делает необходимым для анализа данных (расчета различий шкал) использовать методы непараметрической статистики.

Из таблицы 98 видно, что у мальчиков-подростков достоверно преобладают средние значения «регрессии», «замещения», «реактивных образований» и общей напряженности психологической защиты, а у девочек-подростков – среднее значение «отрицания».

В соответствии с задачами исследования проводилось сопоставление показателей МПЗ в младшей и старшей возрастных группах. Результаты сравнения возрастных групп основной группы представлены в таблице 99.

Из таблицы 99 видно, что достоверных различий МПЗ между представителями разных возрастных групп не выявлено.

Таблица 98 – Средние значения МПЗ пациентов основной группы с распределением по полу

механизмы психологической защиты	группа в целом M±m	мальчики-подростки M±m	девочки-подростки M±m	U Манна-Уитни	p
Отрицание	78,30±0,878	83,42±1,250	73,28±1,180	7606,0	0,013*
Вытеснение	76,10±1,174	75,91±1,732	76,30±1,545	10614,0	0,888
Регрессия	78,36±1,453	71,55±3,033	85,06±1,306	6399,0	0,001*
Компенсация	74,45±1,026	71,58±1,520	77,26±1,379	8449,0	0,060
Проекция	66,89±1,112	62,91±1,813	70,80±1,406	9072,0	0,161
Замещение	78,05±1,080	72,23±1,689	83,76±1,180	6740,0	0,001*
Интеллектуализация	66,60±1,004	65,45±1,511	67,72±1,330	9915,5	0,484
Реактивные Образования	72,04±1,111	62,92±1,850	80,98±1,347	7053,0	0,002*
Общая напряженность	49,54±0,472	46,36±0,780	52,67±0,589	7417,5	0,006*

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

Таблица 99 – Средние значения МПЗ младшей и старшей групп основной группы

механизмы психологической защиты	младшая группа M±m	старшая группа M±m	U Манна-Уитни	p
Отрицание	79,34 ± 1,450	76,79 ± 1,095	9926,0	0,232
Вытеснение	72,03 ± 2,156	81,03 ± 1,394	10309,5	0,551
Регрессия	80,47 ± 1,762	76,09 ± 1,989	10053,5	0,630
Компенсация	72,72 ± 1,780	76,61 ± 1,256	9651,0	0,254
Проекция	67,14 ± 1,933	66,89 ± 1,358	10223,5	0,984
Замещение	78,90 ± 1,951	77,25 ± 1,293	9761,0	0,647
Интеллектуализация	67,22 ± 1,747	65,36 ± 1,221	9850,5	0,295
Реактивные образования	69,28 ± 1,948	75,16 ± 1,351	10013,5	0,376
Общая напряженность	48,98 ± 0,790	59,23 ± 0,582	10313,0	0,428

Группа сравнения. В таблице 100 представлены средние значения МПЗ пациентов группы сравнения с распределением по полу. Данные о нормальности распределения значений шкал «Индекса жизненного стиля» для пациентов группы сравнения представлены в приложении 7.1 (таблицы 353). На основании представленных значений асимметрии и эксцесса можно сделать вывод, что выборка не соответствует критериям нормального распределения, что делает необходимым использование непараметрических статистических методов.

Таблица 100 – Средние значения МПЗ пациентов группы сравнения с распределением по полу

механизмы психологической защиты	группа в целом $M \pm m$	мужчины $M \pm m$	женщины $M \pm m$	U Манна-Уитни	p
Отрицание	77,04 $\pm$ 3,446	78,36 $\pm$ 4,665	75,92 $\pm$ 5,008	135,0	0,884
Вытеснение	71,25 $\pm$ 4,106	77,64 $\pm$ 5,529	65,85 $\pm$ 5,531	137,5	0,145
Регрессия	85,71 $\pm$ 3,383	89,00 $\pm$ 3,250	82,92 $\pm$ 5,367	146,0	0,335
Компенсация	78,25 $\pm$ 3,787	84,27 $\pm$ 3,971	73,15 $\pm$ 5,903	135,0	0,881
Проекция	77,83 $\pm$ 3,357	86,18 $\pm$ 2,918	70,77 $\pm$ 5,101	133,0	0,079
Замещение	83,88 $\pm$ 2,653	87,64 $\pm$ 2,823	80,69 $\pm$ 4,019	146,5	0,349
Интеллектуализация	62,17 $\pm$ 4,142	60,45 $\pm$ 6,587	63,62 $\pm$ 5,399	131,0	0,703
Реактивные образования	75,21 $\pm$ 3,822	80,00 $\pm$ 4,175	71,15 $\pm$ 5,776	152,5	0,559
Общая напряженность	52,46 $\pm$ 1,815	55,91 $\pm$ 2,204	49,54 $\pm$ 2,556	145,5	0,324

Из таблицы 100 видно, что достоверных различий по полу в группе сравнения не выявлено.

Контрольная группа. Средние значения МПЗ контрольной группы с распределением по полу представлены в таблице 101. Данные о нормальности распределения значений шкал «Индекса жизненного стиля» для пациентов группы сравнения представлены в приложении 7.1 (таблицы 354). На основании представленных значений асимметрии и эксцесса можно сделать вывод, что

выборка не соответствует критериям нормального распределения, что делает необходимым использование непараметрических статистических методов.

Таблица 101 – Средние значения МПЗ контрольной группы с распределением по полу

механизмы психологической защиты	группа в целом $M \pm m$	юноши $M \pm m$	девушки $M \pm m$	U Манна-Уитни	p
Отрицание	67,89 $\pm$ 1,304	69,24 $\pm$ 2,135	67,26 $\pm$ 1,630	11487,5	0,621
Вытеснение	46,93 $\pm$ 1,632	53,73 $\pm$ 2,770	43,72 $\pm$ 1,937	9125,0	0,009*
Регрессия	63,62 $\pm$ 2,589	52,79 $\pm$ 7,155	68,74 $\pm$ 1,738	9471,5	0,001*
Компенсация	67,23 $\pm$ 1,507	63,85 $\pm$ 2,596	68,83 $\pm$ 1,853	12219,0	0,071
Проекция	48,73 $\pm$ 1,499	46,66 $\pm$ 2,803	49,71 $\pm$ 1,764	11944,5	0,413
Замещение	55,95 $\pm$ 1,476	57,56 $\pm$ 2,732	55,19 $\pm$ 1,746	11713,5	0,564
Интеллектуализация	55,17 $\pm$ 1,458	63,48 $\pm$ 2,470	51,24 $\pm$ 1,748	9336,0	0,001*
Реактивные образования	54,16 $\pm$ 1,596	43,52 $\pm$ 2,745	59,19 $\pm$ 1,913	9792,0	0,001*
Общая напряженность	36,96 $\pm$ 0,492	35,34 $\pm$ 0,923	37,73 $\pm$ 0,577	9057,5	0,263

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

Из таблицы 101 видно, что у юношей достоверно преобладают средние значения «вытеснения» и «интеллектуализации», а у девушек – «регрессии».

Средние значения МПЗ в младшей и старшей контрольных группах представлены в таблице 102.

Из таблицы 102 видно, что в младшей контрольной группе достоверно более высокие показатели отмечены по шкалам «регрессия» и «замещение», а также по общей напряженности психологической защиты.

Межгрупповые сравнения. Средние значения МПЗ пациентов основной группы и группы сравнения представлены в таблице 103. Из таблицы 103 видно, что в группе сравнения достоверно преобладал МПЗ «регрессия».

Сравнение средних значений МПЗ основной и контрольной группы представлены в таблице 104.

Таблица 102 – Средние значения МПЗ в младшей и старшей контрольных группах

№	механизмы психологической защиты	младшая контрольная подгруппа М±m	старшая контрольная подгруппа М±m	U Манна-Уитни	p
1	Отрицание	71,31±2,662	67,47±1,497	10162,0	0,654
2	Вытеснение	47,24±3,330	46,89±1,871	9492,0	0,915
3	Регрессия	74,52±3,281	62,28±3,200	9488,0	0,015*
4	Компенсация	72,00±3,007	66,64±1,741	9671,5	0,581
5	Проекция	54,48±3,350	48,02±1,672	9436,5	0,211
6	Замещение	65,72±3,005	54,75±1,688	8962,0	0,037*
7	Интеллектуализация	52,93±3,036	55,44±1,665	9843,0	0,607
8	Реактивные образования	55,14±3,405	54,04±1,803	9156,5	0,868
9	Общая напряженность	41,66±1,113	36,39±0,534	7588,0	0,004*

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

Таблица 103 – Средние значения МПЗ в основной группе и группе сравнения

№	механизмы психологической защиты	основная группа М±m	группа сравнения М±m	U Манна-Уитни	p
1	Отрицание	78,30±0,878	77,04±3,446	3375,5	0,790
2	Вытеснение	76,10±1,174	71,25±4,106	3235,0	0,517
3	Регрессия	78,36±1,453	85,71±3,383	2570,5	0,030*
4	Компенсация	74,45±1,026	78,25±3,787	3483,5	0,810
5	Проекция	66,89±1,112	77,83±3,357	2918,0	0,173
6	Замещение	78,05±1,080	83,88±2,653	3310,0	0,609
7	Интеллектуализация	66,60±1,004	62,17±4,142	3339,0	0,665
8	Реактивные образования	72,04±1,111	75,21±3,822	3309,5	0,592
9	Общая напряженность	49,54±0,472	52,46±1,815	2989,0	0,213

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

Таблица 104 – Средние значения МПЗ в основной и контрольной группах

№	механизмы психологической защиты	основная группа М±m	контрольная группа М±m	U Манна-Уитни	p
1	Отрицание	78,30±0,878	67,89±1,304	34504,0	0,001*
2	Вытеснение	76,10±1,174	46,93±1,632	20482,0	0,001*
3	Регрессия	78,36±1,453	63,62±2,589	27198,5	0,001*
4	Компенсация	74,45±1,026	67,23±1,507	36726,5	0,004*
5	Проекция	66,89±1,112	48,73±1,499	30129,5	0,001*
6	Замещение	78,05±1,080	55,95±1,476	22337,5	0,001*
7	Интеллектуализация	66,60±1,004	55,17±1,458	36389,5	0,001*
8	Реактивные образования	72,04±1,111	54,16±1,596	32258,5	0,001*
9	Общая напряженность	49,54±0,472	36,96±0,492	18973,0	0,000*

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

Из таблицы 104 видно, что средние значения МПЗ основной группы по всем шкалам были достоверно выше, чем в контрольной группе.

Сравнение средних значений МПЗ основной и младшей контрольной группы представлены в таблице 105.

Из таблицы 105 видно, что в основной группе отмечаются более высокие значения всех шкал, кроме «компенсации» и «проекции».

Подгруппы употребления разных видов ПАВ с ВП. В таблице 106 представлены средние значения МПЗ в зависимости от подгруппы употребления ПАВ с ВП.

Межгрупповые различия значений шкал «Индекса жизненного стиля» по критерию Краскела-Уоллиса представлены в таблице 107.

Таблица 105 – Средние значения МПЗ основной группы и младшей контрольной группы

№	механизмы психологической защиты	основная группа М±m	младшая контрольная группа М±m	U Манна-Уитни	p
1	Отрицание	78,30±0,878	71,31±2,662	8618,0	0,039*
2	Вытеснение	76,10±1,174	47,24±3,330	4948,0	0,001*
3	Регрессия	78,36±1,453	74,52±3,281	6492,5	0,043 *
4	Компенсация	74,45±1,026	72,00±3,007	8611,5	0,212
5	Проекция	66,89±1,112	54,48±3,350	7935,0	0,062
6	Замещение	78,05±1,080	65,72±3,005	5121,0	0,004*
7	Интеллектуализация	66,60±1,004	52,93±3,036	9407,0	0,011*
8	Реактивные образования	72,04±1,111	55,14±3,405	9210,0	0,005*
9	Общая напряженность	49,54±0,472	41,66±1,113	5754,0	0,001*

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

Таблица 106 – Средние значения МПЗ пациентов разных подгрупп

МПЗ	1 подгруппа М±m	2 подгруппа М±m	3 подгруппа М±m	4 подгруппа М±m
Отрицание	74,87 ±2,298	84,12±1,726	72,44±3,149	74,92±3,053
Вытеснение	72,23 ±2,918	80,37±2,159	69,17±4,297	83,00±3,605
Регрессия	77,41 ±3,077	80,86±2,055	69,22±4,345	86,67±1,236
Компенсация	73,30 ±2,588	78,65±2,367	62,00±4,251	81,92±3,337
Проекция	66,41 ±3,210	74,07±2,263	52,39±4,608	65,50±3,303
Замещение	74,99 ±2,913	79,49±2,502	78,56±3,566	81,75±4,723
Интеллектуализация	65,81 ±2,747	64,28±2,449	67,61±3,176	73,58±3,799
Реактивные образования	72,04 ±3,126	77,14±2,234	61,22±4,570	69,50±4,619
Общая напряженность	47,87 ±1,402	52,56±0,954	44,89±1,683	50,67±1,314

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

Таблица 107 – Межгрупповые различия шкал «Индекса жизненного стиля»

№	Механизмы психологической защиты	χ^2	p по критерию Краскела-Уоллиса
1	Отрицание	19,148	0,001*
2	Вытеснение	11,799	0,008*
3	Регрессия	3,488	0,322
4	Компенсация	14,932	0,002*
5	Проекция	16,537	0,001*
6	Замещение	0,982	0,806
7	Интеллектуализация	3,514	0,319
8	Реактивные образования	11,624	0,009*
9	Общая напряженность	18,152	0,001*

Примечание: * – различия статистически достоверны.

Таблица 108 – Достоверность различий средних значений МПЗ между подгруппами

Шкалы	p по критерию U Манна-Уитни					
	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
Отрицание	0,006*	0,434	0,750	0,001*	0,024*	0,878
Вытеснение	0,015*	0,653	0,124	0,051	0,930	0,087
Регрессия	0,419	0,218	0,267	0,172	0,549	0,301
Компенсация	0,159	0,044*	0,360	0,006*	0,714	0,037*
Проекция	0,282	0,073	0,410	0,002*	0,052	0,088
Замещение	0,902	0,361	0,755	0,752	0,414	0,951
Интеллектуализация	0,442	0,875	0,365	0,640	0,069	0,231
Реактивные образования	0,568	0,023*	0,190	0,003*	0,067	0,321
Общая напряженность	0,046*	0,160	0,562	0,002*	0,303	0,012*

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

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

В таблице 108 представлены данные о статистическом различии типов МПЗ между подгруппами (апостериорные попарные сравнения). Из таблицы 108 видно, что среднее значение МПЗ «отрицание» у пациентов, употребляющих летучие

растворители с ВП, достоверно превышало другие подгруппы. Достоверные различия средних значений МПЗ «вытеснение» отмечалось между 1 и 2 подгруппами. Средние значения МПЗ «регрессия» во всех четырех подгруппах между собой достоверно не различались. Среднее значение МПЗ «компенсация» было достоверно меньше в подгруппе пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, по сравнению с другими подгруппами. Среднее значение МПЗ «проекция» в подгруппе пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, было достоверно меньше по сравнению с подгруппой употребления летучих растворителей с ВП. Среднее значение МПЗ «реактивные образования» у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, было достоверно меньше по сравнению с подгруппой употребления опиоидов с ВП и подгруппой употребления летучих растворителей с ВП. Наиболее высокие значения общей напряженности МПЗ отмечены в подгруппе пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП. Они достоверно превышали средние значения употребляющих опиоиды с ВП и употребляющих алкоголь с ВП и достоверно не отличались от таковых показателей подгруппы употребления стимуляторов с ВП.

Таким образом, при общей схожести большинства шкал «Индекса жизненного стиля» четырех изучаемых подгрупп, были обнаружены важные отличия, характеризующие индивидуальный профиль психологически-защитного поведения пациентов с разными типами аддиктивного поведения. К ним относятся достоверно более высокие цифры МПЗ «отрицание» у пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП, по сравнению со всеми другими подгруппами пациентов и достоверно более низкие значения МПЗ «компенсация» в подгруппе пациентов, употребляющих алкоголь с ВП. Различия количественных значений МПЗ основной группы и группы сравнения касается лишь МПЗ «регрессия», который был достоверно выше в группе сравнения.

Распределение средних значений МПЗ у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП, по полу представлено в таблице 109.

Таблица 109 – Средние значения МПЗ пациентов, употребляющих опиоиды с ВП, в зависимости от пола

механизмы психологической защиты	мальчики-подростки M±m	девочки-подростки M±m	U Манна-Уитни	p
Отрицание	77,63±3,369	72,49±3,150	929,0	0,260
Вытеснение	67,88±4,208	76,00±4,003	929,0	0,140
Регрессия	64,25±4,889	88,78±3,124	610,5	0,001 *
Компенсация	63,25±3,931	82,00±2,868	599,0	0,001 *
Проекция	53,63±4,954	77,46±3,525	686,0	0,002 *
Замещение	65,19±4,495	83,46±3,406	566,0	0,001 *
Интеллектуализация	64,31±4,200	67,11±3,603	1071,0	0,752
Реактивные образования	56,25±5,102	85,70±2,436	529,5	0,001 *
Общая напряженность	41,00±2,181	53,81±1,324	578,5	0,001 *

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

Из таблицы 109 видно, что средние значения МПЗ «регрессия», «компенсация», «проекция», «замещение», «реактивные образования» и общая напряженность защит в подгруппе пациентов, употребляющих опиоиды с ВП, достоверно преобладали у девочек-подростков.

Распределение средних значений МПЗ у пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП, по полу представлено в таблице 110. Из таблицы 110 видно, что пациенты, употребляющие летучие растворители с ВП, отличалась достоверным преобладанием среднего значения МПЗ «отрицания» у мальчиков-подростков.

Распределение средних значений МПЗ у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, по полу представлено в таблице 111. Из таблицы 111 видно, что в подгруппе пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, отмечалось достоверное преобладанием средних значений «отрицания» у мальчиков-подростков и «регрессии», «замещения» и «реактивных образований» у девочек-подростков.

Распределение средних значений МПЗ у пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП, по полу представлено в таблице 112.

Таблица 110 – Средние значения МПЗ пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП, в зависимости от пола

механизмы психологической защиты	мальчики-подростки M±m	девочки-подростки M±m	U Манна-Уитни	p
Отрицание	87,22±2,055	80,55±2,760	1176,5	0,039 *
Вытеснение	78,65±3,508	82,35±2,345	1595,0	0,636
Регрессия	80,09±2,382	81,75±3,475	1433,5	0,157
Компенсация	79,43±3,092	77,75±3,650	1697,5	0,930
Проекция	75,61±2,791	72,30±3,646	1599,5	0,777
Замещение	79,04±3,295	80,00±3,841	1525,0	0,337
Интеллектуализация	61,35±2,938	67,65±4,014	1347,0	0,076
Реактивные образования	74,00±3,288	80,75±2,956	1471,5	0,214
Общая напряженность	51,57±1,371	53,70±1,320	1579,5	0,358

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

Таблица 111 – Средние значения МПЗ пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, в зависимости от пола

механизмы психологической защиты	мальчики-подростки M±m	девочки-подростки M±m	U Манна-Уитни	p
Отрицание	84,25±2,363	63,00±4,689	539,0	0,011 *
Вытеснение	79,50±2,701	60,90±7,175	659,5	0,563
Регрессия	53,38±5,475	81,90±5,124	320,5	0,001 *
Компенсация	64,50±4,222	60,00±6,885	500,0	0,962
Проекция	47,13±6,034	56,60±6,587	456,5	0,582
Замещение	64,38±3,777	89,90±4,657	300,0	0,001 *
Интеллектуализация	75,00±3,695	61,70±4,597	564,5	0,089
Реактивные образования	47,00±7,521	72,60±4,378	373,0	0,018 *
Общая напряженность	40,75±1,509	48,20±2,511	390,0	0,089

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

Таблица 112 – Средние значения МПЗ пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП, в зависимости от пола

механизмы психологической защиты	мальчики-подростки M±m	девочки-подростки M±m	U Манна-Уитни	p
Отрицание	83,17±3,259	66,67±4,762	190,5	0,028 *
Вытеснение	82,00±6,555	84,00±2,295	208,5	0,143
Регрессия	82,50±1,430	90,83±1,304	181,5	0,001 *
Компенсация	73,17±4,834	90,67±3,571	198,0	0,003 *
Проекция	60,00±4,494	71,00±3,959	243,0	0,219
Замещение	75,33±8,202	88,17±3,315	230,0	0,514
Интеллектуализация	71,50±5,578	75,67±5,188	258,0	0,671
Реактивные образования	59,50±7,397	79,50±3,777	228,0	0,143
Общая напряженность	48,17±1,538	53,17±1,920	233,0	0,266

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

Из таблицы 112 видно, что подгруппа пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП, отличалась достоверным преобладанием средних значений «отрицания» у мальчиков-подростков и «регрессии» и «компенсации» у девочек-подростков.

Таким, образом, анализ результатов МПЗ у пациентов разного пола свидетельствует, что при больших значениях общей напряженности МПЗ у девочек-подростков отмечаются более высокие цифры зрелых (дефензивных) механизмов защиты. У мальчиков-подростков по сравнению с девочками-подростками достоверно преобладал МПЗ «отрицание», относящийся к незрелым (протективным) механизмам защиты. Сравнение средних значений МПЗ в зависимости от пола в подгруппах с употреблением разных ПАВ с ВП свидетельствуют, что наибольшие различия касаются подгруппы пациентов, употребляющих опиоиды с ВП, где достоверные отличия отмечены по 5 из 8 шкал, а также по показателю общей напряженности защит. Наименьшие различия обнаружены в подгруппе пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП,

где у мальчиков-подростков наблюдались более высокие цифры лишь МПЗ «отрицание».

Взаимосвязь механизмов психологической защиты. В приложении 7.1 (таблица 355) представлены коэффициенты ρ ранговой корреляции Спирмена шкал «Индекса жизненного стиля» пациентов основной группы. На рисунке 7.1 представлены корреляционные плеяды шкал «Индекса жизненного стиля» пациентов основной группы. (Примечание: здесь и далее на рисунках представлены только те переменные, корреляционные связи между которыми статистически значимы, $p < 0,05$). Из рисунка 18 видно, что три связи в корреляционной плеяде имеют типы МПЗ «регрессия», «замещение», «компенсация» и «проекция». Большинство типов связаны умеренно, а «регрессия» и «замещение» – сильно ($\rho = 0,705$).

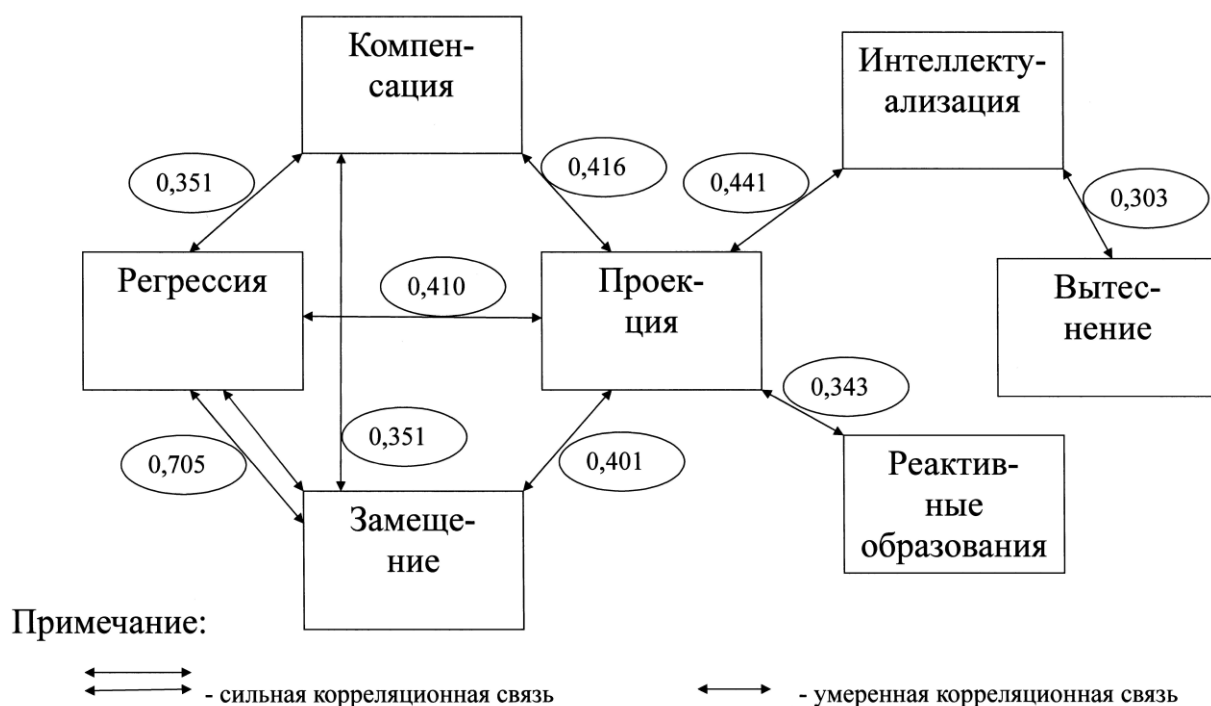


Рисунок 18. Корреляционные плеяды шкал «Индекс жизненного стиля» у пациентов основной группы (с указанием коэффициентов ранговой корреляции Спирмена ρ).

В приложении 7.1 (таблица 356) представлены коэффициенты ρ ранговой корреляции Спирмена шкал «Индекса жизненного стиля» мальчиков-подростков

основной группы. На рисунке 19 представлены корреляционные плеяды шкал «Индекса жизненного стиля» мальчиков-подростков основной группы. Из рисунка 19 видно, что наибольшее число связей (от 3-х до 5-ти) в корреляционной плеяде имеют типы МПЗ «регрессия», «замещение», «компенсация», «проекция», «отрицание» и «вытеснение». Между «компенсацией», «проекцией», «отрицанием» и «вытеснением» отмечается умеренная корреляционная связь, а между «регрессией» и «замещением» – сильная (коэффициент ранговой корреляции Спирмена $\rho=0,720$).

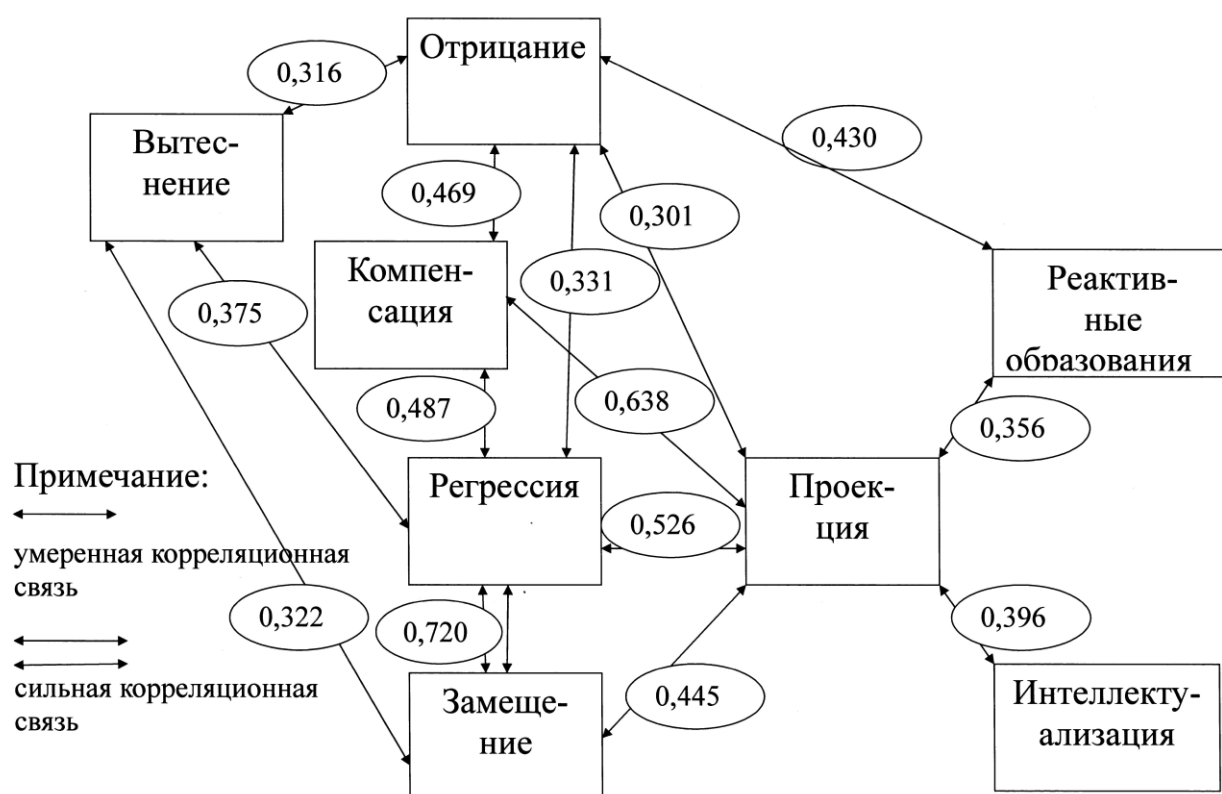
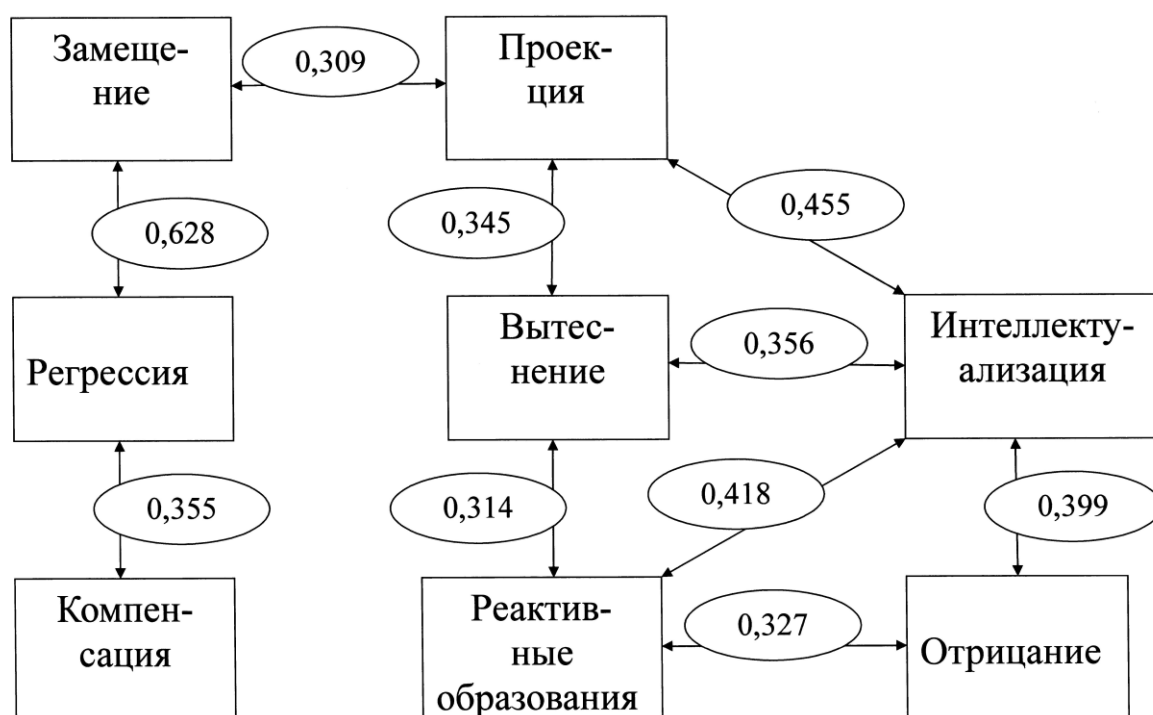


Рисунок 19. Корреляционные плеяды шкал «Индекс жизненного стиля» у мальчиков-подростков основной группы (с указанием коэффициентов ранговой корреляции Спирмена ρ).

В приложении 7.1 (таблица 357) представлены коэффициенты ρ ранговой корреляции Спирмена шкал «Индекса жизненного стиля» девочек-подростков основной группы. На рисунке 20 представлены корреляционные плеяды шкал «Индекса жизненного стиля» девочек-подростков основной группы. Из рисунка

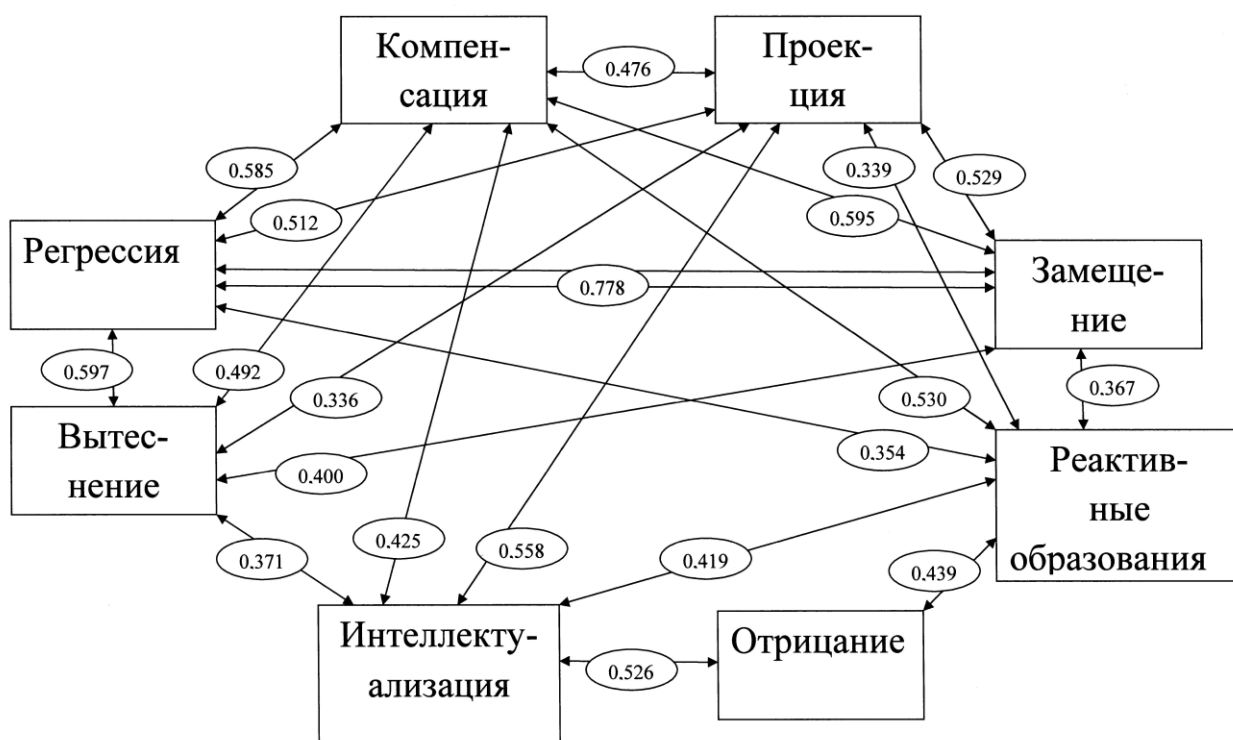
20 видно, что наибольшее число умеренных корреляционных связей (от 3 до 4) в корреляционной плеяде имеют типы МПЗ «проекция», «вытеснение», «реактивные образования», «интеллектуализация».



Примечание: $\longleftrightarrow$ - умеренная корреляционная связь

Рисунок 20. Корреляционные плеяды шкал «Индекс жизненного стиля» у девочек-подростков основной группы (с указанием коэффициентов ранговой корреляции Спирмена r).

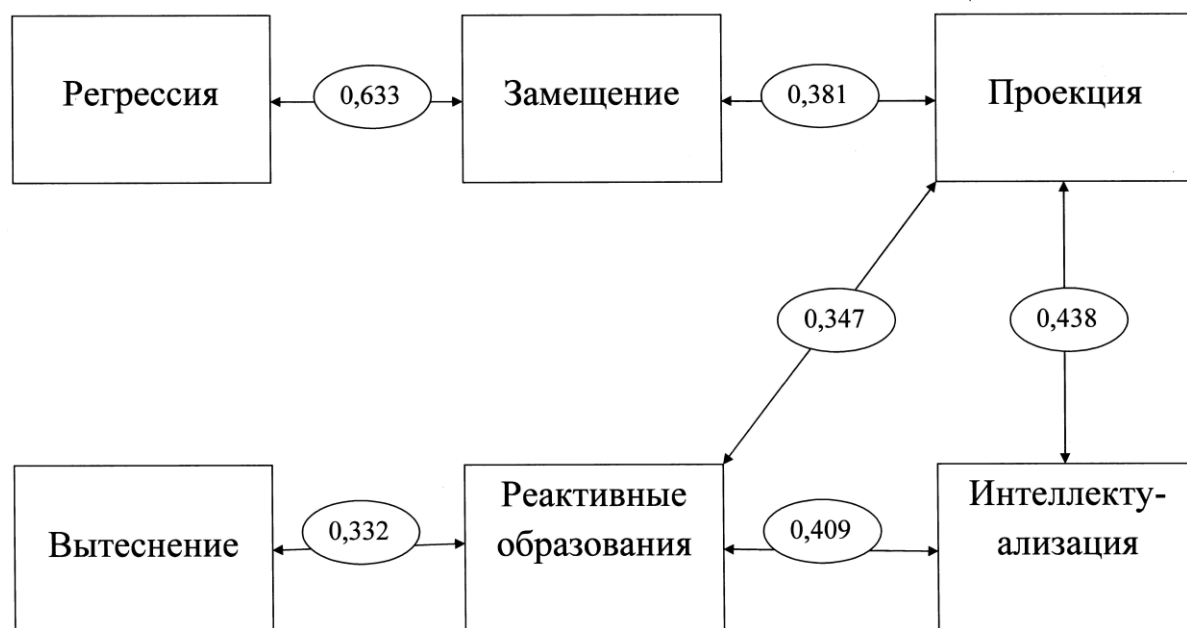
В приложении 7.1 (таблица 358) представлены коэффициенты r ранговой корреляции Спирмена шкал «Индекса жизненного стиля» у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП. На рисунке 21 представлены корреляционные плеяды шкал «Индекса жизненного стиля» пациентов, употребляющих опиоиды с ВП. Из рисунка 21 видно, что корреляционную плеяду составляют все типы МПЗ, которые имеют от 5 до 6 умеренных корреляционных связей с другими типами МПЗ. Исключение составляют МПЗ «регрессия» и «замещение», между которыми отмечается сильная связь (коэффициент ранговой корреляции Спирмена $r=0,778$).



Примечание: $\longleftrightarrow$ - умеренная корреляционная связь
 $\longleftrightarrow$ - сильная корреляционная связь

Рисунок 21. Корреляционные плеяды шкал «Индекс жизненного стиля» у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП (с указанием коэффициентов ранговой корреляции Спирмена ρ).

В приложении 7.1 (таблица 359) представлены коэффициенты ρ ранговой корреляции Спирмена шкал «Индекса жизненного стиля» у пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП. На рисунке 22 представлены корреляционные плеяды шкал «Индекса жизненного стиля» пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП. Из рисунка 22 видно, что наибольшее число умеренных связей (от 2 до 3) в корреляционной плеяде имеют типы МПЗ «проекция», «интеллектуализация» и «реактивные образования».



Примечание: $\longleftrightarrow$ - умеренная корреляционная связь

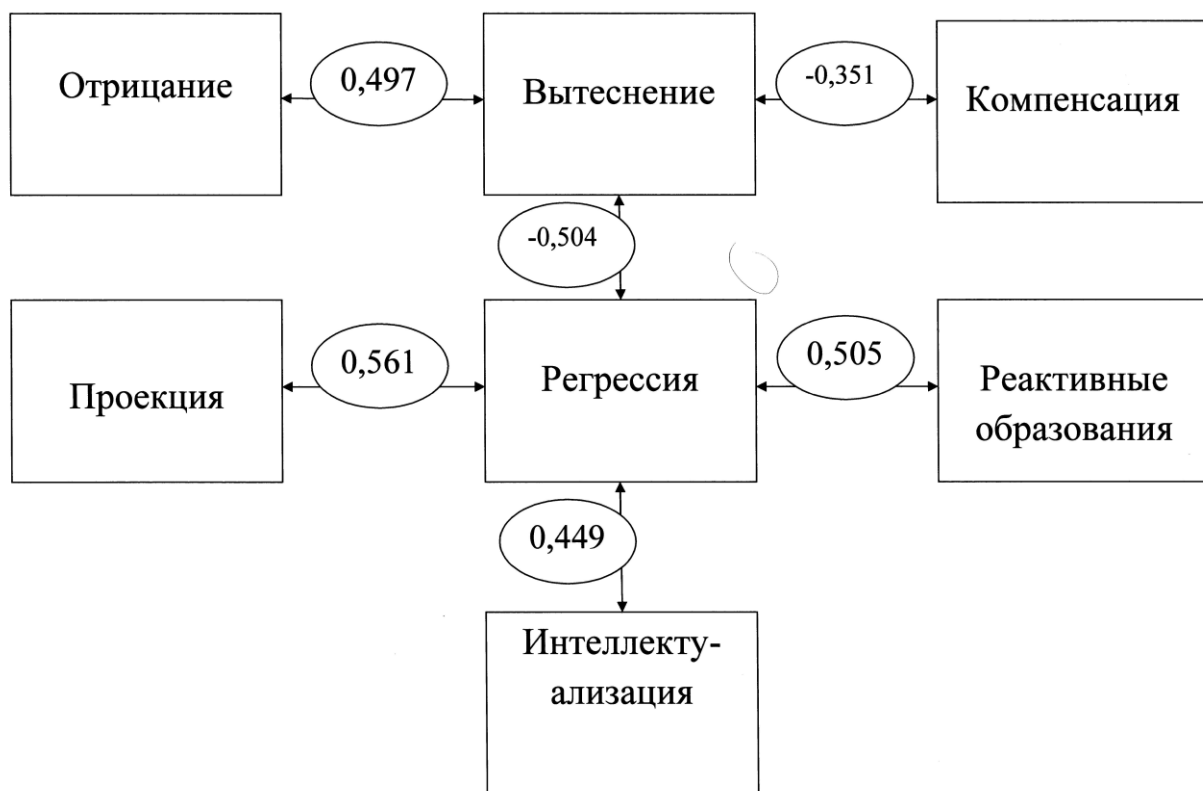
Рисунок 22. Корреляционные плеяды шкал «Индекс жизненного стиля» у пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП (с указанием коэффициентов ранговой корреляции Спирмена ρ).

В приложении 7.1 (таблица 360) представлены коэффициенты ρ ранговой корреляции Спирмена шкал «Индекса жизненного стиля» у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП. На рисунке 23 представлены корреляционные плеяды шкал «Индекса жизненного стиля» пациентов, употребляющих алкоголь с ВП. Из рисунка 23 видно, что наибольшее число прямых и обратных связей (от 3 до 4) в корреляционной плеяде имеют типы МПЗ «проекция», «компенсация», «регрессия», «вытеснение» и «замещение». Большинство типов связывают умеренные корреляционные связи. Между МПЗ «регрессия» и «замещение» отмечается сильная связь (коэффициент ранговой корреляции Спирмена $\rho=0,993$).



Рисунок 23. Корреляционные плеяды шкал «Индекс жизненного стиля» пациентов, употребляющих алкоголь с ВП (с указанием коэффициентов ранговой корреляции Спирмена ρ).

В приложении 7.1 (таблица 361) представлены коэффициенты ρ ранговой корреляции Спирмена шкал «Индекса жизненного стиля» у пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП. На рисунке 24 представлены корреляционные плеяды шкал «Индекса жизненного стиля» пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП. Из рисунка 24 видно, что наибольшее число прямых и обратных умеренных связей (четыре) в корреляционной плеяде имеет тип МПЗ «регрессия».



Примечание: $\longleftrightarrow$ - умеренная корреляционная связь

Рисунок 24. Корреляционные плеяды шкал «Индекс жизненного стиля» пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП (с указанием коэффициентов ранговой корреляции Спирмена ρ).

Итоговые данные о типах МПЗ, составляющих корреляционные плеяды в разных подгруппах представлены в таблице 113. Из таблицы видно, что в 4 из 7 случаях корреляционную плеяду составляет сочетание «регрессия», «замещение», «компенсация» и «проекция».

Результаты изучения механизмов психологической защиты у подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП позволяют сделать следующие выводы:

1) **Различия по полу.** Особенности МПЗ у представителей разных полов являются более высокие средние значения общей напряженности защит, а также отдельных типов МПЗ, таких как «регрессия», «замещение» и «реактивные образования» у девочек-подростков. У мальчиков-подростков при более низком показателе напряженности защит выявляется достоверное преобладание МПЗ «отрицание». Поскольку в группе сравнения у пациентов старше 18 лет,

зависимых от опиоидов, различия в значениях МПЗ по полу не обнаружено, а в контрольной группе (здоровые подростки и люди молодого возраста) общая напряженность защит достоверно не различалась, полученные результаты можно считать особенностью обследованных нами пациентов. Она заключается не только в большей напряженности защит у девочек-подростков, но и в более частом использовании дезадаптивных типов МПЗ.

Таблица 113 – Типы МПЗ, составляющих корреляционные плеяды в разных подгруппах

№	подгруппы	Типы МПЗ, имеющие наибольшее число связей в корреляционной плеяде
1	Основная группа в целом	«регрессия», «замещение», «компенсация» «проекция»
2	Мальчики-подростки основной группы	«регрессия», «замещение», «компенсация», «проекция», «отрицание», «вытеснение»
3	Девочки-подростки основной группы	«проекция», «вытеснение», «реактивные образования», «интеллектуализация»
4	Употребление опиоидов с ВП	«регрессия», «замещение», «компенсация», «проекция», «отрицание», «вытеснение», «реактивные образования», «интеллектуализация»
5	Употребление летучих растворителей с ВП	«проекция», «интеллектуализация» и «реактивные образования»
6	Употребление алкоголя с ВП	«проекция», «компенсация», «регрессия», «замещение» и «вытеснение»
7	Употребление стимуляторов с ВП	«регрессия»

2) **Возрастные различия.** В основной группе не получено достоверных различий между средними значениями МПЗ у подростков младшей (до 12-17 лет) и старшей возрастных групп (16-17 лет). В то же время указанные различия наблюдались в контрольной группе. У людей молодого возраста по сравнению с подростками были выявлены достоверно меньшие средние значения шкал «регрессия», «замещение» и общей напряженности психологической защиты, что отражает возрастную динамику становления системы МПЗ. Таким образом, отсутствие закономерных возрастных различий МПЗ у пациентов основной

группы свидетельствует о нарушении формирования личностных механизмов психической адаптации у подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП.

3) Различия основной группы, группы сравнения и контрольной группы. Пациенты основной группы превосходили контрольную по всем типам МПЗ и общей напряженности защит. По сравнению с младшей группой контроля у них также были выявлены более высокие значения общей напряженности защит и всех МПЗ, кроме «компенсации» и «проекции». Подростки с РП и употреблением ПАВ с ВП по всем типам МПЗ и общей напряженности защит не отличались от людей молодого возраста старше 18 лет, зависимых от опиоидов (исключение составил МПЗ «регрессия», имеющий в группе сравнения более высокое значение).

4) МПЗ и вид употребляемого ПАВ с ВП. Результаты исследования МПЗ у пациентов, употребляющих разные виды ПАВ с ВП, выявили следующие различия: 1) механизм «отрицание» был достоверно выше у пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП, по сравнению с другими подгруппами; 2) механизм «вытеснение» был достоверно ниже у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, по сравнению с другими подгруппами; 3) механизм «компенсация» был достоверно ниже у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, по сравнению с другими подгруппами; 4) механизм «проекция» был достоверно ниже у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, по сравнению с пациентами, употребляющими летучие растворители с ВП; 5) механизм «реактивные образования» был достоверно ниже у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, по сравнению с пациентами, употребляющими опиоиды с ВП и употребляющими летучие растворители с ВП. Наиболее высокое значение общей напряженности МПЗ отмечено в подгруппе пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП. Этот показатель достоверно превышал таковой у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП и алкоголь с ВП, и достоверно не отличались у пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП.

Таким образом, при общей схожести большинства типов МПЗ были обнаружены важные отличия, характеризующие специфический профиль

психологически-защитного поведения пациентов при употреблении разных ПАВ с ВП. К ним относятся достоверно более высокие цифры МПЗ «отрицание» у пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП. У пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, выявлены меньшие значения по сравнению с другими подгруппами МПЗ «вытеснение», «компенсация», «проекция», «реактивные образования» и общей напряженности защит, что говорит об относительно сохраненных механизмах психической адаптации. Низкий уровень напряженности косвенно свидетельствует о меньшей тяжести последствий употребления алкоголя по сравнению с последствиями употребления других ПАВ.

Сравнение значений МПЗ у представителей разных полов при употреблении разных ПАВ с ВП свидетельствуют, что наибольшие различия касаются подгруппы пациентов, употребляющих опиоиды с ВП, где достоверные отличия отмечены по 5 из 8 шкал. Здесь, в отличие от выборки в целом, выявлено достоверное преобладание у девочек-подростков средних значений МПЗ «регрессия», «компенсация», «проекция», «замещение», «реактивные образования» и общей напряженности защит. Наименьшие различия обнаружены в подгруппе пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП, где у мальчиков-подростков отмечены более высокие цифры лишь МПЗ «отрицания».

5) Стили защитного поведения. Изучение взаимосвязи отдельных типов МПЗ выявило закономерности их статистического группирования. Показано, что наиболее устойчивый защитный стиль в разных подгруппах включает типы МПЗ «регрессия», «замещение», «компенсация», «вытеснение». Эти типы в рамках корреляционных плеяд разных подгрупп имеют наибольшее число корреляционных связей с другими типами МПЗ.

Важно отметить, что в данном случае мы видим сочетание разных по степени зрелости МПЗ, которые выполняют различную функцию в процессе формирования защитного поведения у подростков. В 4 подгруппах корреляционная связь между «регрессией» и «замещением» была сильной. Эти типы можно считать наиболее близко связанными друг с другом. Указанное

сочетание неоднократно описывалось в литературе как незрелый дезадаптивный тип защитного поведения (см. главу «Обсуждение результатов»).

7.2. Совладающее поведение у подростков с расстройствами поведения и употреблением психоактивных веществ с вредными последствиями

Основная группа. Данные о нормальности распределения значений шкал «Копинг-тест» для пациентов основной группы представлены в приложении № 7.2 (таблицы 362). На основании представленных значений асимметрии и эксцесса можно сделать вывод, что выборка соответствует критериям нормального распределения. Это делает возможным для расчета различий шкал использовать параметрические статистические методы.

В таблице 114 представлены средние значения типов совладающего поведения (ТСП) пациентов основной группы с распределением по полу.

Из таблицы 114 видно, что в основной группе по большинству шкал средние значения ТСП достоверно преобладают у девочек-подростков («конфронтация», «принятие ответственности», «бегство-избегание», «планирование решения проблемы», «положительная переоценка»).

Сравнение средних значений ТСП младшей и старшей возрастной групп представлено в таблице 115.

Из таблицы 115 видно, что достоверные различие между младшей и старшей возрастными группами в основной группе обнаруживается только по ТСП «самоконтроль».

Группа сравнения. Данные о нормальности распределения значений шкал «Копинг-тест» для пациентов группы сравнения представлены в приложении 7.2 (таблицы 363). На основании представленных значений асимметрии и эксцесса можно сделать вывод, что выборка соответствует критериям нормального распределения. Это делает возможным для расчета различий шкал использовать параметрические статистические методы.

Таблица 114 – Средние значения ТСП пациентов основной группы с распределением по полу

типы совладающего поведения	группа в целом M±m	мальчики- подростки M±m	девочки- подростки M±m	t-Стью- дента	p
Конфронтация	58,73±0,470	54,27±0,710	62,46±0,624	-3,932	0,000*
Дистанцирование	56,71±0,420	56,79±0,639	56,65±0,556	0,454	0,644
Самоконтроль	47,79±0,378	45,94±0,606	49,34±0,483	-1,491	0,103
Поиск социальной поддержки	49,51±0,398	48,70±0,735	50,19±0,452	-0,515	0,630
Принятие ответственности	50,76±0,391	48,52±0,606	52,63±0,507	-2,308	0,024*
Бегство- избегание	56,61±0,446	55,06±0,752	57,91±0,551	-2,009	0,046*
Планирование решения проблемы	46,86±0,386	44,91±0,645	48,49±0,479	-2,014	0,042*
Положительная переоценка	47,81±0,370	45,27±0,603	49,92±0,464	-2,988	0,004*

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

Таблица 115 – Средние значения ТСП младшей и старшей возрастных групп основной группы

типы совладающего поведения	младшая группа M±m	старшая группа M±m	t-Стьюдента	p
Конфронтация	58,69±0,871	58,78±0,540	-0,391	0,805
Дистанцирование	57,67±0,747	55,60±0,495	1,900	0,086
Самоконтроль	46,59±0,672	49,19±0,453	-2,051	0,027 *
Поиск социальной поддержки	47,95±0,782	51,33±0,440	-1,636	0,164

Продолжение таблицы 115

Принятие ответственности	51,85±0,738	49,49±0,448	1,405	0,178
Бегство-избегание	56,03±0,813	57,30±0,523	-0,994	0,358
Планирование решения проблемы	45,51±0,672	48,43±0,464	-1,725	0,107
Положительная переоценка	48,28±0,618	47,25±0,459	0,314	0,836

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

В таблице 116 представлены средние значения ТСП пациентов группы сравнения с распределением по полу. Результаты таблицы 116 свидетельствуют, что в группе сравнения у мужчин достоверно преобладают значения «конфронтации» и «бегства-избегания».

Таблица 116 – Средние значения ТСП пациентов группы сравнения с распределением по полу

типы совладающего поведения	группа в целом М±m	мужчины М±m	женщины М±m	t-Стьюдента	p
Конфронтация	60,18±1,508	65,00±1,389	57,43±1,892	4,018	0,003 *
Дистанцирование	57,91±2,163	62,75±1,373	55,14±3,111	1,613	0,110
Самоконтроль	48,55±2,454	52,00±3,703	46,57±3,200	0,275	0,815
Поиск социальной поддержки	55,00±2,083	49,75±4,229	58,00±1,899	-1,899	0,059
Принятие ответственности	56,82±1,411	56,00±3,036	57,29±1,473	-0,286	0,805
Бегство-избегание	64,09±1,915	66,75±3,668	62,57±2,136	2,598	0,029 *
Планирование решения проблемы	52,27±2,132	56,50±1,524	49,86±3,097	0,562	0,441
Положительная переоценка	49,82±1,947	50,50±1,880	49,43±2,916	0,335	0,714

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

Контрольная группа. Данные о нормальности распределения значений шкал «Копинг-тест» для пациентов контрольной группы представлены в приложении 7.2 (таблицы 364). На основании представленных значений асимметрии и эксцесса можно сделать вывод, что выборка соответствует критериям нормального распределения. Это делает возможным для расчета различий шкал использовать параметрические статистические методы.

В таблице 117 представлены средние значения ТСП контрольной группы с распределением по полу. Из таблицы 117 видно, что в контрольной группе преобладает «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности» и «бегство-избегание» среди девушек.

Средние значения ТСП в младшей и старшей контрольных группах представлены в таблице 118.

Таблица 117 – Средние значения ТСП пациентов контрольной группы с распределением по полу

типы совладающего поведения	группа в целом M±m	юноши M±m	девушки M±m	t-Стью- дента	p
Конфронтация	51,95±0,515	51,28±0,942	52,27±0,614	0,886	0,341
Дистанцирование	49,65±0,553	49,15±0,870	49,88±0,703	-0,804	0,306
Самоконтроль	44,90±0,516	45,54±0,885	44,60±0,636	1,203	0,216
Поиск социальной поддержки	49,82±0,492	47,68±0,993	50,83±0,586	-2,089	0,040*
Принятие ответственности	48,47±0,506	46,80±0,798	49,26±0,635	-2,096	0,038*
Бегство- избегание	50,32±0,531	48,53±0,898	51,17±0,655	-3,140	0,025*
Планирование решения проблемы	49,52±0,546	50,79±1,098	48,92±0,614	1,505	0,136
Положительная переоценка	47,62±0,536	46,48±0,955	48,16±0,639	-0,991	0,263

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

Из таблицы 118 видно, что в младшей контрольной группе достоверно более высокие значения отмечены по шкале «положительная переоценка».

Таблица 118 – Средние значения ТСП младшей и старшей контрольных групп

ТСП	младшая группа M±m	старшая группа M±m	t-Стьюдента	p
Конфронтация	54,59±1,286	51,63±0,552	1,769	0,087
Дистанцирование	52,24±1,262	49,45±0,611	0,532	0,490
Самоконтроль	44,90±1,124	44,90±0,579	0,076	0,984
Поиск социальной поддержки	51,21±0,978	49,65±0,602	0,990	0,339
Принятие ответственности	48,97±1,152	48,41±0,560	0,513	0,400
Бегство-избегание	52,97±1,284	50,00±0,574	1,056	0,211
Планирование решения проблемы	49,55±1,136	49,52±0,623	0,388	0,731
Положительная переоценка	51,93±1,198	47,09±0,566	3,109	0,006*

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

Межгрупповые сравнения. В таблице 119 представлены средние значения ТСП основной группы и группы сравнения.

Из таблицы 119 видно, что в группе сравнения выявляются достоверно более высокие значения ТСП «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности», «бегство-избегание» и «планирование решения проблемы».

Сравнение средних значений ТСП основной и контрольной группы представлены в таблице 120.

Из таблицы 120 видно, что у пациентов основной группы отмечаются достоверно более высокие средние значения ТСП «конфронтация», «дистанцирование», «самоконтроль» и «бегство-избегание».

Таблица 119 – Средние значения ТСП основной группы и группы сравнения

типы совладающего поведения	основная группа M±m	группа сравнения M±m	t-Стьюдента	p
Конфронтация	58,73±0,470	60,18±1,508	-0,891	0,322
Дистанцирование	56,71±0,420	57,91±2,163	-0,988	0,299
Самоконтроль	47,79±0,378	48,55±2,454	-0,643	0,541
Поиск социальной поддержки	49,51±0,398	55,00±2,083	-3,271	0,011*
Принятие ответственности	50,76±0,391	56,82±1,411	-3,119	0,013*
Бегство-избегание	56,61±0,446	64,09±1,915	-4,319	0,001*
Планирование решения проблемы	46,86±0,386	52,27±2,132	-3,110	0,012*
Положительная переоценка	47,81±0,370	49,82±1,947	-0,822	0,328

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

Таблица 120 – Средние значения ТСП основной и контрольной групп

типы совладающего поведения	основная группа M±m	контрольная группа M±m	t-Стьюдента	p
Конфронтация	58,73±0,470	51,95±0,515	6,841	0,001*
Дистанцирование	56,71±0,420	49,65±0,553	9,743	0,001*
Самоконтроль	47,79±0,378	44,90±0,516	2,241	0,012*
Поиск социальной поддержки	49,51±0,398	49,82±0,492	-0,103	0,961
Принятие ответственности	50,76±0,391	48,47±0,506	1,933	0,057
Бегство-избегание	56,61±0,446	50,32±0,531	4,560	0,001*
Планирование решения проблемы	46,86±0,386	49,52±0,546	-1,922	0,060
Положительная переоценка	47,81±0,370	47,62±0,536	0,138	0,853

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

Сравнение средних значений ТСП основной и младшей контрольной групп представлены в таблице 121. Из таблицы 121 видно, что у пациентов основной группы по сравнению с младшей контрольной достоверно преобладает ТСП «дистанцирование» и отмечается меньшее значение типа совладания «положительная переоценка».

Таблица 121 – Средние значения ТСП основной и младшей контрольной групп

типы совладающего поведения	основная группа M±m	младшая контрольная группа M±m	t-Стьюдента	p
Конфронтация	58,73±0,470	54,59±1,286	1,357	0,120
Дистанцирование	56,71±0,420	52,24±1,262	2,232	0,006*
Самоконтроль	47,79±0,378	44,90±1,124	1,313	0,132
Поиск социальной поддержки	49,51±0,398	51,21±0,978	-0,852	0,461
Принятие ответственности	50,76±0,391	48,97±1,152	0,609	0,554
Бегство-избегание	56,61±0,446	52,97±1,284	1,402	0,121
Планирование решения проблемы	46,86±0,386	49,55±1,136	-0,935	0,225
Положительная переоценка	47,81±0,370	51,93±1,198	2,277	0,038*

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

Средние значения ТСП в зависимости от подгруппы употребления ПАВ с ВП представлены в таблице 122.

Таблица 122 – Средние значения ТСП в подгруппах употребления ПАВ с ВП

типы совладающего поведения	1 подгруппа M±m	2 подгруппа M±m	3 подгруппа M±m	4 подгруппа M±m
Конфронтация	62,35±1,325	59,13±1,400	53,13±2,004	56,78±1,848
Дистанцирование	59,78±1,007	57,35±0,862	53,33±1,361	52,00±2,183
Самоконтроль	50,82±0,990	48,30±0,802	44,07±1,519	46,11±1,207

Продолжение таблицы 122

Поиск социальной поддержки	50,65±1,357	49,52±1,036	45,47±1,442	53,00±1,391
Принятие ответственности	54,12±0,863	51,00±0,913	43,60±1,608	52,56±2,172
Бегство-избегание	58,37±1,188	59,48±0,952	51,67±1,757	52,56±2,217
Планирование решения проблемы	47,75±1,077	45,65±0,988	46,70±1,588	48,56±1,196
Положительная переоценка	52,04±0,896	45,57±0,821	44,60±1,339	46,89±1,906

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

В таблицах 123 представлены данные о статистическом различии по типам ТСП между группами. Из таблицы 123 видно, что среднее значение ТПС «конфронтация» у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, достоверно уступало соответствующему показателю у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП и летучие растворители с ВП. ТСП «дистанцирование» в подгруппе употребления алкоголя с ВП было достоверно меньше, чем в подгруппе употребления опиоидов с ВП. Среднее значение ТПС «самоконтроль» у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, достоверно уступало соответствующему показателю подгруппы употребления опиоидов с ВП и подгруппы употребления летучих растворителей с ВП. ТСП «поиск социальной поддержки» у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, достоверно уступал соответствующему показателю у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП и стимуляторы с ВП. Среднее значение типа совладания «принятие ответственности» в подгруппе употребления алкоголя с ВП было достоверно ниже по сравнению с подгруппой употребления опиоидов с ВП, подгруппой употребления летучих растворителей с ВП и подгруппой употребления стимуляторов с ВП. Средние значения типа совладания «Бегство-избегание» у

пациентов, употребляющих алкоголь с ВП и стимуляторы с ВП, достоверно уступали соответствующим показателям подгрупп употребления опиоидов с ВП и употребления летучих растворителей с ВП. Средние значения типа совладания «планирование решения проблемы» во всех четырех подгруппах между собой достоверно не различались. Значения типа совладания «положительная переоценка» у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП и летучие растворители с ВП, были достоверно меньше по сравнению с пациентами, употребляющими опиоиды с ВП.

Таблица 123 – Достоверность различий средних значений ТПС в разных группах

Шкалы	Различия между группами, р					
	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
Конфронтация	0,167	0,003*	0,066	0,050*	0,401	0,607
Дистанцирование	0,129	0,016*	0,004	0,084	0,093	0,369
Самоконтроль	0,538	0,001*	0,086	0,013*	0,133	0,145
Поиск социальной поддержки	0,438	0,009*	0,501	0,097	0,490	0,001*
Принятие ответственности	0,164	0,000*	0,701	0,001*	0,697	0,039*
Бегство-избегание	0,834	0,004*	0,026 *	0,001*	0,010 *	0,797
Планирование решения проблемы	0,443	0,992	0,902	0,749	0,611	0,966
Положительная переоценка	0,000 **	0,000*	0,062	0,494	0,490	0,301

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

* – различия статистически достоверны по критерию t-Стьюдента.

Таким образом, анализ типов совладающего поведения в разных подгруппах употребления ПАВ с ВП в целом показал, что наиболее низкие значения большинства ТСП выявляются у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП. Эти значения достоверно отличаются от подгруппы пациентов, употребляющих

опиоиды с ВП. У пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, отмечаются достоверно более низкие значения всех шкал, кроме «планирования решения проблемы».

Взаимосвязь типов совладающего поведения. Для изучения взаимосвязей типов совладающего поведения использовался иерархический агломеративный метод, осуществляющий классификацию путем последовательного объединения (агломерации) переменных в иерархические организованные группы.

Критерием объединения объектов в кластер послужил метод межгрупповой связи. В качестве меры различия применялась корреляция Пирсона. Использовались только положительные корреляции (абсолютные значения корреляций). Объект (переменная) присоединялся к данному кластеру, если значение его корреляции с переменными больше, чем корреляция с любым другим кластером.

Численность кластеров определялась на основе таблицы порядка агломерации, позволяющей определить шаг, на котором отмечается резкое уменьшение величины корреляции между кластерами.

В таблице 124 представлен порядок агломераций переменных (шкал «Копинг-теста») в кластеры пациентов основной группы. Численность кластеров была установлено после 4 шага, на этапе первого резкого уменьшения величины корреляции от 0,426 к 0,268, когда происходит агломерация объединенного кластера 2 с объединенным кластером 5. На этом этапе, согласно дендрограмме (рисунок 25) определяется 4 кластера. Первый кластер представлен ТСП «дистанцирование», «бегство-избегание», «самоконтроль», «принятие ответственности». Второй кластер представлен ТСП «конфронтация» и «поиск социальной поддержки». Третий и четвертый кластер представлены единственными ТСП, соответственно «положительной переоценкой» и «планированием решения проблемы». Наиболее тесная взаимосвязь наблюдается между ТСП «дистанцирование» и «бегство-избегание» (0,647), которые были объединены уже на 1 этапе кластеризации. Результаты кластерного анализа ТСП

пациентов основной группы (дендрограмма объединения переменных) представлены на рисунке 25.

Таблица 124 – Порядок агломераций переменных (шкал «Копинг-теста») в кластеры пациентов основной группы

Этап	Объединенный кластер		Коэффициенты	Этап первого появления кластера		Следующий этап
	Кластер 1	Кластер 2		Кластер 1	Кластер 2	
1	2	6	0,647	0	0	3
2	1	4	0,540	0	0	5
3	2	3	0,451	1	0	4
4	2	5	0,426	3	0	5
5	1	2	0,268	2	4	6
6	1	8	0,254	5	0	7
7	1	7	0,153	6	0	0

Результаты кластерного анализа ТСП мальчиков-подростков основной группы представлены в таблице 125. Численность кластеров была установлено после 5 шага, на этапе первого резкого уменьшения величины корреляции от 0,460 к 0,337, когда происходит агломерация объединенного кластера 1 с объединенным кластером 8. На этом этапе, согласно дендрограмме (рисунок 25) определяется 3 кластера. Первый кластер представлен ТСП «дистанцирование», «бегство-избегание», «самоконтроль». Второй кластер представлен ТСП «конфронтация», «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности», «положительная переоценка». Третий кластер представлен единственным ТСП «планирование решения проблемы». Наиболее тесная взаимосвязь наблюдается между ТСП «дистанцирование» и «бегство-избегание» (0,725), которые были объединены уже на 1 этапе кластеризации.

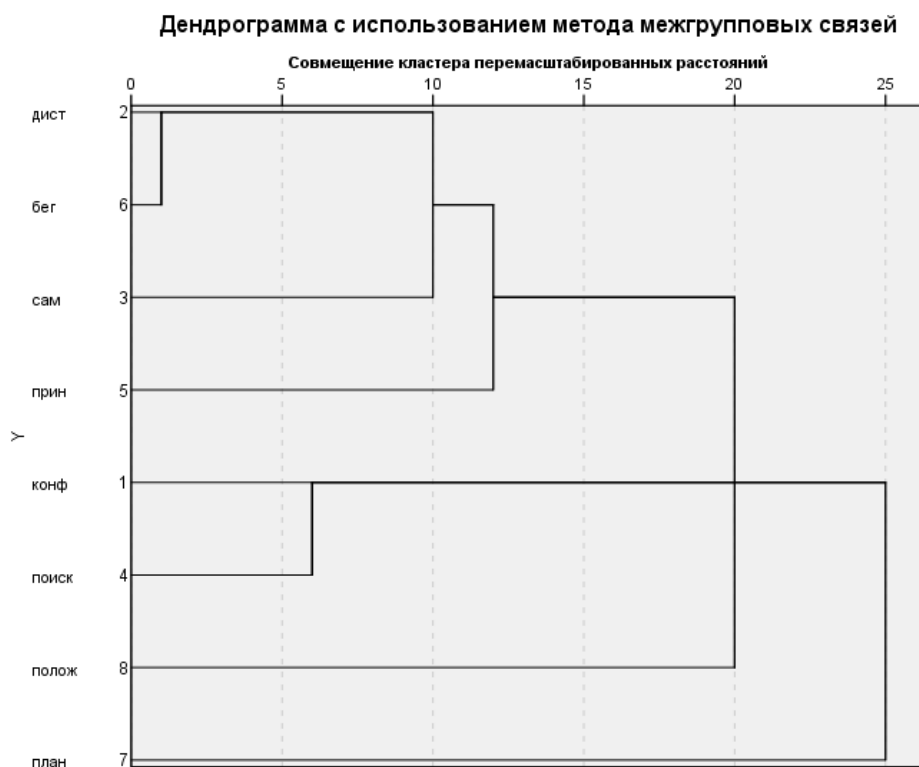


Рисунок 25. Дендрограмма объединения переменных (шкал «Копинг-теста») в кластеры пациентов основной группы.

Таблица 125 – Порядок агломераций переменных (шкал «Копинг-теста») в кластеры мальчиков-подростков основной группы

Этап	Объединенный кластер		Коэффициенты	Этап первого появления кластера		Следующий этап
	Кластер 1	Кластер 2		Кластер 1	Кластер 2	
1	2	6	0,725	0	0	4
2	1	4	0,654	0	0	3
3	1	5	0,512	2	0	5
4	2	3	0,489	1	0	6
5	1	8	0,460	3	0	6
6	1	2	0,337	5	4	7
7	1	7	0,147	6	0	0

Результаты кластерного анализа ТСП мальчиков-подростков основной группы (дендрограмма объединения переменных) представлены на рисунке 26.



Рисунок 26. Дендрограмма объединения переменных (шкал «Копинг-теста») в кластеры мальчиков-подростков основной группы.

Результаты кластерного анализа ТСП девочек-подростков основной группы представлены в таблице 126. Результаты кластерного анализа ТСП девочек-подростков основной группы (дендрограмма объединения переменных) представлены на рисунке 27.

Таблица 126 – Порядок агломераций переменных (шкал «Копинг-теста») в кластеры девочек-подростков основной группы

Этап	Объединенный кластер		Коэффициенты	Этап первого появления кластера		Следующий этап
	Кластер 1	Кластер 2		Кластер 1	Кластер 2	
1	2	6	0,555	0	0	4
2	1	4	0,478	0	0	5
3	3	5	0,417	0	0	4
4	2	3	0,382	1	3	6
5	1	7	0,294	2	0	7
6	2	8	0,180	4	0	7
7	1	2	0,156	5	6	0



Рисунок 27. Дендрограмма объединения переменных (шкал «Копинг-теста») в кластеры девочек-подростков основной группы.

Численность кластеров была установлено после 5 шага, на этапе первого резкого уменьшения величины корреляции от 0,294 к 0,180, когда происходит агломерация объединенного кластера 1 с объединенным кластером 7. На этом этапе, согласно дендрограмме (рисунок 27), определяется 3 кластера. Первый кластер представлен ТСП «дистанцирование», «бегство-избегание», «самоконтроль», «принятие ответственности». Второй кластер представлен ТСП «конфронтация», «поиск социальной поддержки», «планирование решения проблемы». Третий кластер представлен единственным ТСП «положительная переоценка». Наиболее тесная взаимосвязь наблюдается между ТСП «дистанцирование» и «бегство-избегание» (0,555), которые были объединены уже на 1 этапе кластеризации.

Результаты кластерного анализа переменных (шкал «Копинг-теста») у пациентов подгруппы употребления опиоидов с ВП представлены в таблице 127.

Использовались те же методы агломерации, критерии объединения в кластеры, способы расчета числа кластеров, что и для пациентов основной группы.

Таблица 127 – Порядок агломераций переменных (шкал «Копинг-теста») в кластеры у пациентов подгруппы употребления опиоидов с ВП

Этап	Объединенный кластер		Коэффициенты	Этап первого появления кластера		Следующий этап
	Кластер 1	Кластер 2		Кластер 1	Кластер 2	
1	1	8	0,579	0	0	3
2	2	6	0,540	0	0	5
3	1	4	0,532	1	0	6
4	3	5	0,514	0	0	5
5	2	3	0,441	2	4	6
6	1	2	0,322	3	5	7
7	1	7	0,118	6	0	0

Результаты кластерного анализа ТСП у пациентов подгруппы употребления опиоидов с ВП (дендрограмма объединения переменных) представлены на рисунке 28.

Численность кластеров была установлено после 5 шага, на этапе первого резкого уменьшения величины корреляции от 0,441 к 0,322, когда происходит агломерация объединенного кластера 2 с объединенным кластером 3. На этом этапе, согласно дендрограмме (рисунок 28), определяется 3 кластера. Первый кластер представлен ТСП «дистанцирование», «бегство-избегание», «самоконтроль», «принятие ответственности». Второй кластер представлен ТСП «конфронтация», «положительная переоценка» и «поиск социальной поддержки». Третий кластер представлены единственным ТСП «планирование решения проблемы». Наиболее тесная взаимосвязь наблюдается между ТСП «конфронтация» и «положительная переоценка» (0,579), которые были объединены уже на 1 этапе кластеризации.

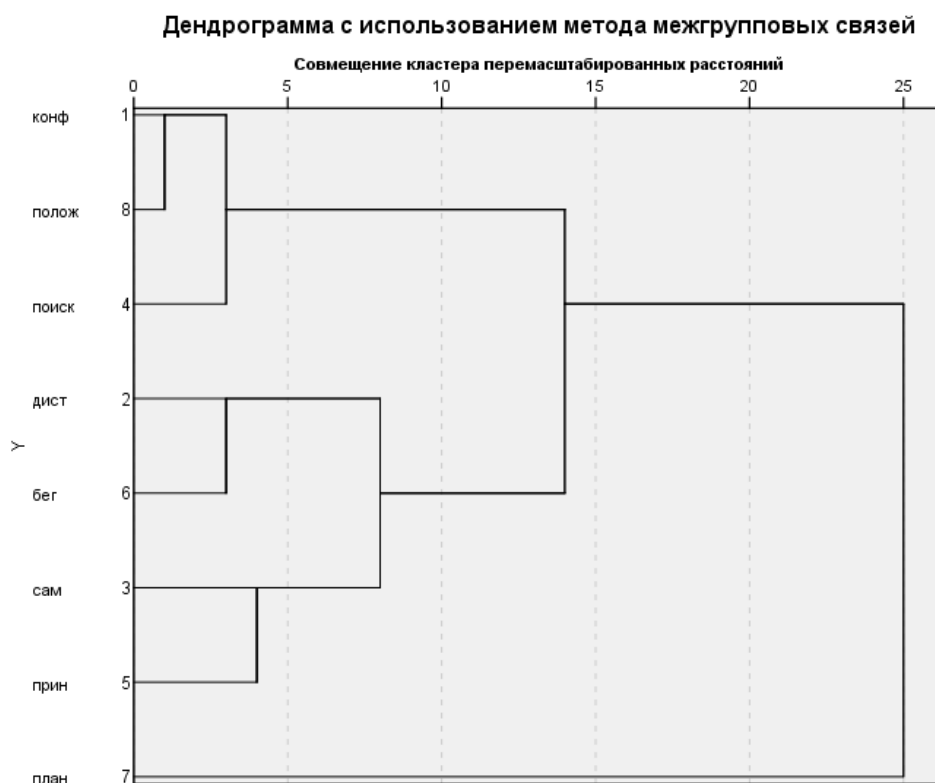


Рисунок 28. Дендрограмма объединения переменных (шкал «Копинг-теста») в кластеры у пациентов подгруппы употребления опиоидов с ВП.

Результаты кластерного анализа переменных (шкал «Копинг-теста») пациентов подгруппы употребления летучих растворителей с ВП представлены в таблице 128 и рисунке 29. Использовались те же методы агломерации, критерии объединения в кластеры, способы расчета числа кластеров, что и для пациентов основной группы.

Таблица 128 – Порядок агломераций переменных (шкал «Копинг-теста») в кластеры пациентов подгруппы употребления летучих растворителей с ВП

Этап	Объединенный кластер		Коэффициенты	Этап первого появления кластера		Следующий этап
	Кластер 1	Кластер 2		Кластер 1	Кластер 2	
1	1	4	0,711	0	0	5
2	2	6	0,695	0	0	4
3	3	5	0,516	0	0	4
4	2	3	0,429	2	3	6
5	1	7	0,368	1	0	7
6	2	8	0,245	4	0	7
7	1	2	0,198	5	6	0



Рисунок 29. Дендрограмма объединения переменных (шкал «Копинг-теста») в кластеры у пациентов подгруппы употребления летучих растворителей с ВП.

Численность кластеров была установлено после 5 шага, на этапе первого резкого уменьшения величины корреляции от 0,368 к 0,245, когда происходит агломерация объединенного кластера 1 с объединенным кластером 7. На этом этапе, согласно дендрограмме (рисунок 29), определяются 3 кластера. Первый кластер представлен ТСП «дистанцирование», «бегство-избегание», «самоконтроль», «принятие ответственности». Второй кластер представлен ТСП «конфронтация», «поиск социальной поддержки», «планирование решения проблемы». Третий кластер представлен единственным ТСП «положительная переоценка». Наиболее тесная взаимосвязь наблюдается между ТСП «конфронтация» и «поиск социальной поддержки» (0,711), «дистанцирование» и «бегство-избегание» (0,695).

Результаты кластерного анализа переменных (шкал «Копинг-теста») пациентов подгруппы употребления алкоголя с ВП представлены в таблице 129 и рисунке 30. Использовались те же методы агломерации, критерии объединения в

кластеры, способы расчета числа кластеров, что и для пациентов основной группы.

Таблица 129 – Порядок агломераций переменных (шкал «Копинг-теста») в кластеры пациентов подгруппы употребления алкоголя с ВП

Этап	Объединенный кластер		Коэффициенты	Этап первого появления кластера		Следующий этап
	Кластер 1	Кластер 2		Кластер 1	Кластер 2	
1	2	6	0,618	0	0	4
2	1	3	0,562	0	0	4
3	5	8	0,486	0	0	5
4	1	2	0,413	2	1	6
5	5	7	0,241	3	0	6
6	1	5	0,220	4	5	7
7	1	4	0,135	6	0	0

Численность кластеров была установлено после 4 шага, на этапе первого резкого уменьшения величины корреляции от 0,413 к 0,241, когда происходит агломерация объединенного кластера 1 с объединенным кластером 2. На этом этапе, согласно дендрограмме (рисунок 30) определяется 4 кластера. Первый кластер представлен ТСП «дистанцирование», «бегство-избегание», «конфронтация», «самоконтроль». Второй кластер представлен ТСП «принятие ответственности» и «положительная переоценка». Третий и четвертый кластеры представлены единственными ТСП «планирование решения проблемы» и «поиск социальной поддержки». Наиболее тесная взаимосвязь наблюдается между ТСП «дистанцирование» и «бегство-избегание» (0,618).

Результаты кластерного анализа переменных (шкал «Копинг-теста») пациентов подгруппы употребления стимуляторов с ВП представлены в таблице 130 и рисунке 31. Использовались те же методы агломерации, критерии объединения в кластеры, способы расчета числа кластеров, что и для пациентов основной группы.

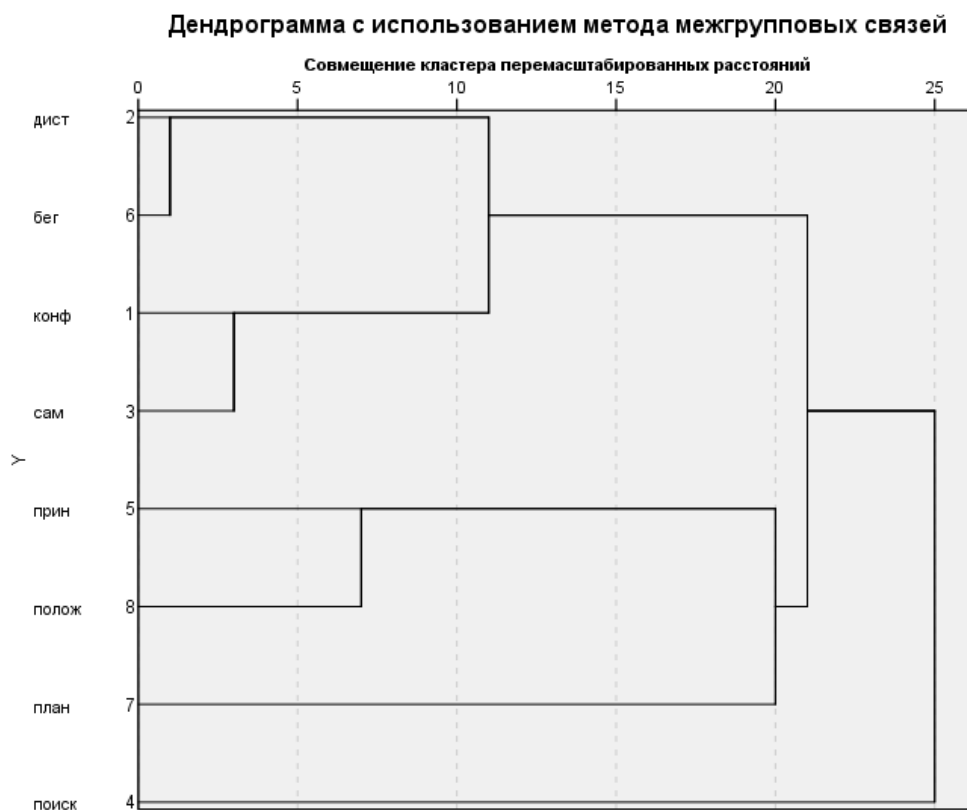


Рисунок 30. Дендрограмма объединения переменных (шкал «Копинг-теста») в кластеры пациентов подгруппы употребления алкоголя с ВП.

Таблица 130 – Порядок агломераций переменных (шкал «Копинг-теста») в кластеры пациентов подгруппы употребления стимуляторов с ВП

Этап	Объединенный кластер		Коэффициенты	Этап первого появления кластера		Следующий этап
	Кластер 1	Кластер 2		Кластер 1	Кластер 2	
1	2	6	0,822	0	0	3
2	4	8	0,506	0	0	4
3	2	5	0,451	1	0	5
4	4	7	0,358	2	0	7
5	1	2	0,296	0	3	6
6	1	3	0,229	5	0	7
7	1	4	0,173	6	4	0

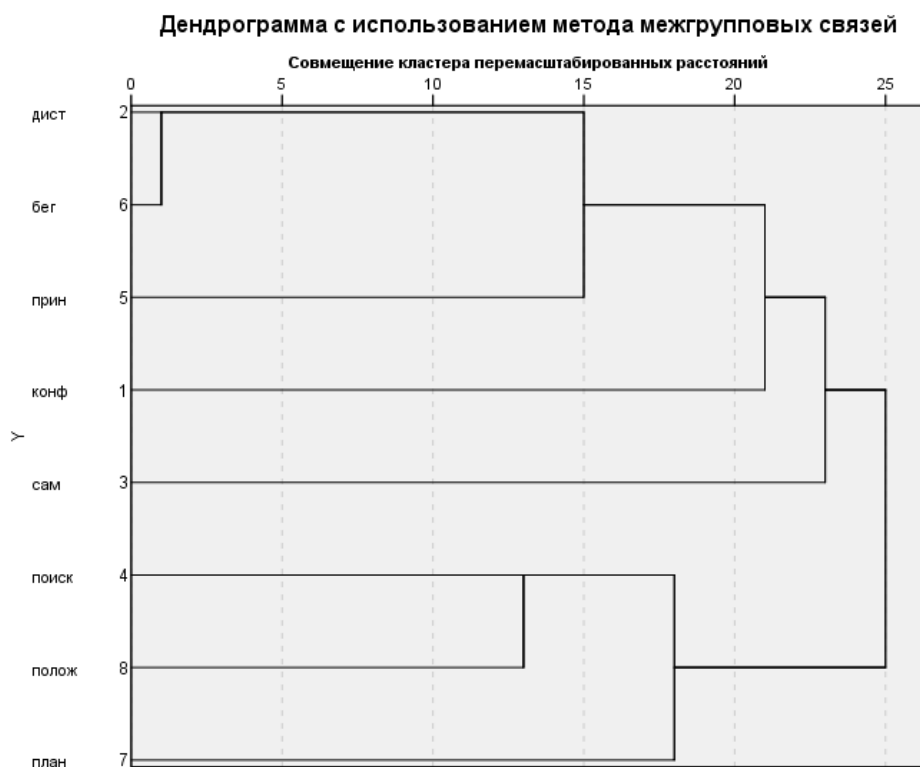


Рисунок 31. Дендрограмма объединения переменных (шкал «Копинг-теста») в кластеры пациентов подгруппы употребления стимуляторов с ВП.

Численность кластеров была установлено после 6 шага, на этапе первого резкого уменьшения величины корреляции от 0,229 к 0,173, когда происходит агломерация объединенного кластера 1 с объединенным кластером 3. На этом этапе, согласно дендрограмме (рисунок 31) определяется 2 кластера. Первый кластер представлен ТСП «дистанцирование», «бегство-избегание», «принятие ответственности», «конфронтация», «самоконтроль». Второй кластер представлен ТСП «поиск социальной поддержки», «положительная переоценка» и «планирование решения проблемы». Наиболее тесная взаимосвязь наблюдается между ТСП «дистанцирование» и «бегство-избегание» (0,822).

Итоговые данные о составляющих кластеров типов совладания в разных группах представлены в таблице 131. Из таблицы 131 видно, что первый кластер составлен несколькими переменными. Это во всех случаях – «дистанцирование», «бегство-избегание» и «самоконтроль». Относительно устойчивой составляющей был также ТСП «принятие ответственности» (в 5 случаях). ТСП

«дистанцирование» и «бегство-избегание» были наиболее близко связанными друг с другом переменными во всех случаях, кроме подгруппы употребления опиоидов с ВП, где наибольшая связь отмечалась между ТСП «конфронтация» и «положительная переоценка».

Составляющие второго кластера были менее постоянными. Однако, как у пациентов разного пола, так и у пациентов разных подгрупп (употребление опиоидов с ВП, употребление летучих растворителей с ВП), было характерно сочетание «конфронтации» и «поиска социальной поддержки».

ТСП «планирование решения проблемы» в 4 случаях выступал в роли отдельного кластера, а «положительная переоценка» – в 3 случаях. Таким образом, эти типы совладания являются независимыми характеристиками совладающего профиля подростков с расстройствами поведения и употреблением ПАВ.

Таблица 131 – Составляющие кластеров группирования типов совладания в разных подгруппах

Подгруппа	1 кластер	2 кластер	3 кластер	4 кластер
Основная группа в целом	«дистанцирование» «бегство-избегание» «самоконтроль» «принятие ответственности»	«конфронтация» «поиск социальной поддержки»	«положительная переоценка»	«планирование решения проблемы»
Основная группа мальчики-подростки	«дистанцирование» «бегство-избегание» «самоконтроль»	«конфронтация» «поиск социальной поддержки» «принятие ответственности» «положительная переоценка»	«планирование решения проблемы»	-

Продолжение таблицы 131

Основная группа девочки-подростки	«дистанцирование» «бегство-избегание» «самоконтроль» «принятие ответственности»	«конфронтация» «поиск социальной поддержки» «планирование решения проблемы»	«положительная переоценка»	-
Употребление опиоидов с ВП	«дистанцирование» «бегство-избегание» «самоконтроль» «принятие ответственности»	«конфронтация» «поиск социальной поддержки» «положительная переоценка»	«планирование решения проблемы»	-
Употребление летучих растворителей с ВП	«дистанцирование» «бегство-избегание» «самоконтроль» «принятие ответственности»	«конфронтация» «поиск социальной поддержки» «планирование решения проблемы»	«положительная переоценка»	-
Употребление алкоголя с ВП	«дистанцирование» «бегство-избегание» «самоконтроль» «конфронтация»	«принятие ответственности» «положительная переоценка»	«планирование решения проблемы»	«поиск социальной поддержки»
Употребление стимуляторов с ВП	«дистанцирование» «бегство-избегание» «принятие ответственности» «конфронтация» «самоконтроль»	«поиск социальной поддержки», «положительная переоценка» «планирование решения проблемы»	-	-

Результаты изучения типов совладающего поведения у подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП позволяют сделать следующие выводы:

1) **Различия по полу.** У девочек-подростков отмечается более частое использование таких типов совладания с стрессовой ситуацией, как «конфронтация», «принятие ответственности», «бегство-избегание»,

«планирование решения проблемы», «положительная переоценка». В данном перечне отражены различные по конструктивности типы «копингов» (конструктивные, неконструктивные, относительно конструктивные). В группе сравнения (пациенты с опиоидной зависимостью старше 18 лет), наоборот, преобладают значения ТСП «конфронтация» и «бегство-избегание» у мужчин. В контрольной группе преобладает «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности» и «бегство-избегание» у девушек.

2) Возрастные различия. Различия между старшими и младшими подростками основной группы заключаются в преобладании ТСП «самоконтроль» у пациентов старшей возрастной группы (16-17 лет). В младшей контрольной группе преобладали средние значения типа совладания «положительная переоценка».

3) Различия основной группы, группы сравнения и контрольной группы. Подростки с РП и употреблением ПАВ с ВП по сравнению зависимыми от опиоидов пациентами молодого возраста реже используют конструктивные типы совладания, такие как «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности», и «планирование решения проблемы». Исключение из этой закономерности составляет реже используемый тип совладания «бегство-избегание», относящийся к неконструктивным. По сравнению со здоровыми подростками и молодыми людьми (контрольная группа) они чаще используют неконструктивные типы совладания, такие как «конфронтация», «дистанцирование» и «бегство-избегание». Исключение из этой закономерности составляет «самоконтроль», относящийся к относительно конструктивным ТСП. При сравнении подростков основной группы с младшей контрольной группой также выявлено преобладание неконструктивного ТСП «дистанцирование» и более редкое использование конструктивного типа «положительная переоценка».

4) Совладающее поведение у пациентов разных подгрупп употребления ПАВ с ВП. Исследование ТСП у пациентов, употребляющих разные ПАВ с ВП, показало, что по 7-и из 8-и типов совладания пациенты подгруппы употребления алкоголя с ВП показали достоверно меньшие значения по сравнению с

пациентами, употребляющими опиоиды с ВП. Исключение составила шкала «планирование решения проблемы», значения которой между этими подгруппами достоверно не различались. У подростков, употребляющих алкоголь с ВП, по сравнению с употребляющими летучие растворители с ВП, отмечалось более редкое использование типов совладания «конфронтация», «самоконтроль», «принятие ответственности» и «бегство-избегание». У пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, также выявлено более редкое использование типов совладания «поиск социальной поддержки» и «принятие ответственности» по сравнению с подгруппой пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП. У пациентов подгруппы употребления опиоидов с ВП и летучих растворителей с ВП достоверно преобладали значения «бегства-избегания» по сравнению с другими группами.

5) Стили совладающего поведения. На основании кластерного анализа выделены характерные стили совладающего поведения, показавшие сходство у представителей разных полов и у пациентов, употребляющих различные ПАВ с ВП. Наиболее устойчивым во всех случаях оказался стиль, включающий ТСП «дистанцирование», «бегство-избегание» и «самоконтроль». Причем «дистанцирование» и «бегство-избегание» во всех случаях были наиболее близко связанными переменными. Исключение составили пациенты, употребляющие опиоиды с ВП, где подобная связь отмечена между ТСП «конфронтация» и «положительная переоценка».

Менее устойчивым был стиль, сочетающий «конфронтацию» и «поиск социальной поддержки». Он отмечен у представителей разного пола и у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП и употребляющих летучие растворители с ВП. Характерно, что как первый, так и второй стили составили типы совладания разной степени конструктивности, что дает основание предполагать влияние разных механизмов на психическую адаптацию подростков с расстройствами поведения и употреблением ПАВ с ВП (см. главу «Обсуждение результатов»).

Типы совладания «планирование решения проблемы» и «положительная переоценка» в большинстве случаев составляют один кластер, что позволяет их считать независимыми характеристиками совладающего профиля.

7.3. Результаты исследования личностных характеристик по методике «Тест руки»

Данные о нормальности распределения значений шкал «Тест руки» представлены в приложении 7.3 (таблица 365). На основании представленных значений асимметрии и эксцесса можно сделать вывод, что выборка не соответствует критериям нормального распределения. Поэтому для анализа данных (расчета различий шкал) использовались методы непараметрической статистики.

В таблице 132 представлены средние значения шкал «Теста руки» пациентов основной группы в сырых баллах.

Таблица 132 – Средние значения результатов «Теста руки» пациентов основной группы (сырые баллы)

№	шкалы	основная группа $M \pm \sigma$	мальчики-подростки $M \pm \sigma$	девочки-подростки $M \pm \sigma$	p
1	Агрессия (Agg)	3,06±1,812	3,06±1,689	3,05±1,997	0,790
2	Директивность (Dir)	2,00±1,331	2,23±1,365	1,65±1,201	0,001*
3	Аффектация (Aff)	1,41±1,552	1,10±1,258	1,90±1,823	0,001*
4	Коммуникация (Com)	2,41±1,638	2,52±1,589	2,25±1,708	0,131
5	Зависимость (Dep)	1,16±1,213	1,03±1,208	1,35±1,201	0,005*
6	Страх (F)	0,16±0,415	0,16±0,448	0,15±0,359	0,716
7	Выразительность (Ex)	1,00±1,239	0,90±1,333	1,15±1,067	0,005*
8	Калечность (Crip)	0,55±0,776	0,61±0,871	0,45±0,592	0,287
9	Описание (Des)	0,55±0,849	0,42±0,755	0,75±0,947	0,001*
10	Напряжение (Ten)	0,88±1,080	0,94±1,166	0,80±0,932	0,623

Продолжение таблицы 132

11	Активные безличные ответы (Act)	4,47±2,823	4,39±2,913	4,60±2,686	0,347
12	Пассивные безличные ответы (Pas)	0,53±0,827	0,42±0,711	0,70±0,959	0,019*
13	Фантазии (Bas)	0,02±0,139	0,03±0,177	0,00±0,000	0,070
14	Отказ от ответа (Fail)	0,29±0,696	0,39±0,833	0,15±0,359	0,078
15	Индекс открытого агрессивного поведения (I)	0,08±3,143	0,65±2,655	-0,80±3,618	0,001*
16	Степень личностной дезадаптации (MAL)	1,59±1,577	1,71±1,595	1,40±1,537	0,032
17	Тенденция к уходу от реальности (WITH)	0,86±0,952	0,84±0,990	0,90±0,893	0,317
18	Психопатология (PATH)	3,31±2,643	3,39±2,427	3,20±2,958	0,160

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

В таблице 133 представлены средние значения шкал «Теста руки» пациентов основной группы в процентах.

Из таблицы 133 видно, что достоверных различий в процентных значениях шкал теста между мальчиками-подростками и девочками-подростками не выявлено.

Таблица 133 – Средние значения результатов «Теста руки» пациентов основной группы (в %)

№	шкалы	основная группа M±σ	мальчики-подростки M±σ	девочки-подростки M±σ	p
1	Агрессия (Agg)	16,78±8,359	16,82±7,944	16,71±9,194	0,756
2	Директивность (Dir)	11,64±7,864	12,82±8,437	9,71±6,582	0,150
3	Аффектация (Aff)	7,03±7,315	5,78±6,277	9,07±8,540	0,186
4	Коммуникация (Com)	13,45±8,778	14,84±9,163	11,15±7,803	0,177
5	Зависимость (Dep)	6,09±5,813	5,37±5,587	7,26±6,136	0,172
6	Страх (F)	0,897±2,443	1,00±2,786	0,72±1,805	0,908
7	Выразительность (Ex)	5,08±6,158	4,36±6,118	6,27±6,202	0,147

Продолжение таблицы 133

8	Калечность (Crip)	2,87±3,977	3,50±4,572	1,86±2,543	0,212
9	Описание (Des)	2,90±4,781	2,56±4,737	3,46±4,931	0,303
10	Напряжение (Ten)	4,75±5,352	4,88±5,693	4,54±4,887	0,941
11	Активные безличные ответы (Act)	23,56±13,278	22,96±13,400	24,53±13,382	0,726
12	Пассивные безличные ответы (Pas)	2,80±4,169	2,33±3,887	3,56±4,599	0,300
13	Фантазии (Bas)	0,12±0,834	0,19±1,059	0,00±0,000	0,432
14	Отказ от ответа (Fail)	2,12±4,974	2,68±5,974	1,19±2,897	0,529

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

В таблице 134 представлено сравнение средних значений «Теста руки» мальчиков-подростков основной группы с нормативными показателями (в %).

Таблица 134 – Сравнение средних значений «Теста руки» мальчиков-подростков основной группы с нормативными показателями (в %)

№	шкалы	основная группа (мальчики-подростки) M±σ	нормативные показатели (Курбатова Т. Н., Муляр О. И., 1996) (юноши) M±σ	t
1	Агрессия (Agg)	16,82±7,944	11,1±7,2	5,19 *
2	Директивность (Dir)	12,82±8,437	11,3±7,9	1,27
3	Аффектация (Aff)	5,78±6,277	11,4±6,7	-5,84*
4	Коммуникация (Com)	14,84±9,163	12,3±7,1	2,16*
5	Зависимость (Dep)	5,37±5,587	4,6±5,4	0,95
6	Страх (F)	1,00±2,786	3,8±4,8	-4,60*
7	Выразительность (Ex)	4,36±6,118	4,7±5,8	-0,39
8	Калечность (Crip)	3,50±4,572	2,6±3,5	1,54
9	Описание (Des)	2,56±4,737	6,3±7,0	-4,08*
10	Напряжение (Ten)	4,88±5,693	2,3±4,0	3,71*
11	Активные безличные ответы (Act)	22,96±13,400	22,7±11,1	0,14

Продолжение таблицы 134

12	Пассивные безличные ответы (Pas)	2,33±3,887	7,4±6,9	-5,83*
13	Фантазии (Bas)	0,19±1,059	0,0±0,0	1,95
14	Отказ от ответа (Fail)	2,68±5,974	0,9±2,3	2,92*

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

Из таблицы 134 видно, что мальчики-подростки основной группы демонстрировали по сравнению с нормативными данными достоверно более высокие значения шкал «Агрессия», «Коммуникация», «Отказ от ответа» и достоверно более низкие средние значения шкал «Аффектация», «Страх», «Описание» и «Пассивные безличные ответы».

В таблице 135 представлено сравнение средних значений «Теста руки» девочек-подростков основной группы с нормативными показателями (в %).

Таблица 135 – Сравнение средних значений «Теста руки» девочек-подростков основной группы с нормативными показателями (в %)

№	шкалы	основная группа (девочки-подростки) M±σ	нормативные показатели (Курбатова Т. Н., Муляр О. И., 1996) (девушки) M±σ	t
1	Агрессия (Agg)	16,71±9,194	7,7±6,3	8,96*
2	Директивность (Dir)	9,71±6,582	12,0±13,9	-1,58
3	Аффектация (Aff)	9,07±8,540	9,7±8,2	-0,57
4	Коммуникация (Com)	11,15±7,803	12,6±9,0	-1,33
5	Зависимость (Dep)	7,26±6,136	3,1±4,1	6,03*
6	Страх (F)	0,72±1,805	3,4±4,6	-6,15*
7	Выразительность (Ex)	6,27±6,202	5,6±6,3	0,82
8	Калечность (Crip)	1,86±2,543	3,3±4,9	-2,93*
9	Описание (Des)	3,46±4,931	6,5±8,3	-3,52*
10	Напряжение (Ten)	4,54±4,887	3,8±5,6	1,09
11	Отказ от ответа (Fail)	1,19±2,897	1,8±4,4	-1,29

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

Из таблицы 135 видно, что девочки-подростки основной группы демонстрировали по сравнению с нормативными данными достоверно более высокие значения шкал «Агрессия», «Зависимость» и достоверно более низкие средние значения шкал «Страх», «Калечность» и «Описание».

Общим отличием от нормы у мальчиков-подростков и у девочек-подростков являются более высокие значения «Агрессии» и более низкие значения шкал «Страх» и «Описание».

В таблице 136 представлены сравнения шкал «Теста руки» у пациентов разных подгрупп употребления ПАВ с ВП (сырые баллы). В таблице 137 представлены достоверности различий шкал у пациентов разных подгрупп употребления ПАВ с ВП (сырые баллы).

Таблица 136 – Средние значения результатов «Теста руки» пациентов разных подгрупп употребления ПАВ с ВП (сырые баллы)

шкалы	1 подгруппа М±σ	2 подгруппа М±σ	3 подгруппа М±σ	4 подгруппа М±σ
Агрессия (Agg)	2,83±1,618	2,93±1,439	3,70±2,003	3,25±2,659
Директивность (Dir)	2,17±1,465	1,93±1,207	1,80±1,398	2,25±1,282
Аффектация (Aff)	1,78±1,665	0,86±0,864	1,10±1,524	1,63±2,066
Коммуникация (Com)	2,33±1,749	2,71±1,684	2,60±1,776	1,88±1,458
Зависимость (Dep)	1,11±1,451	1,14±0,949	0,90±0,568	1,38±1,685
Страх (F)	0,17±0,383	0,14±0,363	0,30±0,675	0,00±0,000
Выразительность (Ex)	1,28±1,487	0,86±1,292	1,00±1,054	0,75±0,886
Калечность (Crip)	0,83±0,985	0,29±0,469	0,40±0,699	0,50±0,756
Описание (Des)	0,56±0,705	0,71±1,069	0,20±0,422	0,50±1,069
Напряжение (Ten)	0,83±0,150	0,57±0,756	0,60±0,699	2,00±1,309
Активные безличные ответы (Act)	4,11±3,216	3,64±2,649	5,50±3,028	5,63±1,685
Пассивные безличные ответы (Pas)	0,50±0,857	0,43±0,938	0,70±0,949	0,50±0,535
Фантазии (Bas)	0,00±0,000	0,00±0,000	0,10±0,316	0,00±0,000

Продолжение таблицы 136

Отказ от ответа (Fail)	0,39±0,979	0,29±0,469	0,10±0,316	0,38±0,744
Всего	18,89±6,018	16,50±4,752	19,00±7,688	20,63±4,241
Индекс открытого агрессивного поведения (I)	-0,22±3,228	0,14±2,070	0,90±2,601	0,63±4,340
Степень личностной дезадаптации (MAL)	1,83±1,855	1,00±1,177	1,30±1,567	2,50±1,414
Тенденция к уходу от реальности (WITH)	0,94±0,988	1,00±1,038	0,40±0,516	0,88±1,126
Психопатология (PATH)	3,72±2,967	3,00±2,631	2,10±2,079	4,25±2,605

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

Таблица 137 – Достоверность различий средних показателей шкал «Теста руки» пациентов разных подгрупп употребления ПАВ с ВП (сырые баллы)

шкалы	Различия между группами, р					
	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
Агрессия (Agg)	0,866	0,191	0,935	0,259	0,815	0,360
Директивность (Dir)	0,896	0,464	0,949	0,709	0,664	0,460
Аффектация (Aff)	0,099	0,191	0,644	0,977	0,570	0,633
Коммуникация (Com)	0,587	0,724	0,567	0,977	0,238	0,408
Зависимость (Dep)	0,536	0,796	0,683	0,585	0,973	0,829
Страх (F)	0,925	0,832	0,531	0,796	0,616	0,515
Выразительность (Ex)	0,442	0,832	0,531	0,585	0,920	0,696
Калечность (Crip)	0,091	0,225	0,429	0,886	0,664	0,829
Описание (Des)	0,985	0,265	0,567	0,403	0,714	0,829
Напряжение (Ten)	0,694	0,869	0,035*	0,866	0,013*	0,021*
Активные безличные ответы (Act)	0,896	0,245	0,090	0,192	0,110	0,762

Продолжение таблицы 137

Пассивные безличные ответы (Pas)	0,667	0,524	0,683	0,341	0,441	0,897
Фантазии (Bas)	1,000	0,689	1,000	0,709	1,000	0,762
Отказ от ответа (Fail)	0,694	0,759	0,807	0,472	1,000	0,573
Всего	0,251	0,832	0,285	0,546	0,020*	0,360
Индекс открытого агрессивного поведения (I)	0,866	0,494	0,567	0,403	0,714	0,965
Степень личностной дезадаптации (MAL)	0,180	0,464	0,216	0,709	0,024*	0,083
Тенденция к уходу от реальности (WITH)	0,896	0,208	0,807	0,212	0,764	0,515
Психопатология (PATH)	0,488	0,109	0,605	0,371	0,212	0,027*

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

* - различия статистически достоверны по критерию U Манна Уитни.

В таблице 138 представлены сравнения шкал «Теста руки» у пациентов разных подгрупп употребления ПАВ с ВП (в %).

Таблица 138 – Средние значения шкал «Теста руки» пациентов разных подгрупп употребления ПАВ с ВП (в %)

шкалы	1 подгруппа М±σ	2 подгруппа М±σ	3 подгруппа М±σ	4 подгруппа М±σ
Агрессия (Agg)	16,13±9,737	17,48±6,712	18,69±7,847	14,64±9,073
Директивность (Dir)	12,25±8,499	11,76±7,871	10,28±7,413	11,75±8,254
Аффектация (Aff)	9,03±7,878	4,76±4,634	5,72±6,225	8,10±10,476
Коммуникация (Com)	12,91±10,041	16,41±8,353	12,94±6,721	10,06±8,661
Зависимость (Dep)	5,75±5,993	7,03±6,022	5,24±3,519	6,25±7,934
Страх (F)	0,98±2,290	0,896±2,278	1,470±3,742	0,00±0,000
Выразительность (Ex)	6,07±6,932	4,36±5,832	5,59±6,962	3,48±4,060
Калечность (Crip)	4,39±4,839	2,08±3,485	1,83±2,957	2,13±3,276

Продолжение таблицы 138

Описание (Des)	2,93±3,602	4,76±7,076	1,00±2,329	1,94±3,918
Напряжение (Ten)	4,20±4,892	3,72±5,473	3,26±3,717	9,67±5,934
Активные безличные ответы (Act)	19,67±11,433	22,40±16,823	29,34±14,209	27,08±5,309
Пассивные безличные ответы (Pas)	2,82±4,441	2,31±4,906	3,66±3,930	2,52±2,758
Фантазии (Bas)	0,00±0,000	0,00±0,000	0,590±1,865	0,00±0,000
Отказ от ответа (Fail)	2,80±6,850	2,00±3,341	0,830±2,624	0,00±0,000

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

В таблице 139 представлены достоверности различий шкал у пациентов разных подгрупп употребления ПАВ с ВП (в %).

Таблица 139 – Достоверность различий средних значений шкал «Теста руки» пациентов разных подгрупп употребления ПАВ с ВП (в %)

Шкалы	Различия между группами, p					
	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
Агрессия (Agg)	0,587	0,332	0,892	0,403	0,365	0,173
Директивность (Dir)	0,985	0,689	0,935	0,508	0,868	0,829
Аффектация (Aff)	0,091	0,256	0,461	0,886	0,868	0,829
Коммуникация (Com)	0,267	0,759	0,531	0,546	0,082	0,408
Зависимость (Dep)	0,667	0,906	0,892	0,546	0,570	0,762
Страх (F)	0,956	0,906	0,531	0,841	0,616	0,515
Выразительность (Ex)	0,587	0,981	0,531	0,756	0,920	0,633
Калечность (Crip)	0,220	0,245	0,238	0,886	0,920	0,897
Описание (Des)	0,808	0,265	0,495	0,371	0,525	0,829
Напряжение (Ten)	0,667	0,724	0,035*	0,841	0,029*	0,021*
Активные безличные ответы (Act)	0,722	0,109	0,070	0,341	0,525	0,829

Продолжение таблицы 139

Пассивные безличные ответы (Pas)	0,694	0,588	0,935	0,341	0,482	0,460
Фантазии (Bas)	1,000	0,689	1,000	0,709	1,000	0,762
Отказ от ответа (Fail)	0,750	0,724	0,849	0,508	0,920	0,633

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

* - различия статистически достоверны по критерию U Манна Уитни.

Из таблиц 136-139 видно, что существенных различий между средними значениями «Теста руки» у пациентов, употребляющих разные ПАВ с ВП, не наблюдается. Исключение составляет шкала «Напряжение», которая достоверно выше у пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП.

В таблице 140 представлены средние значения шкал «Теста руки» пациентов младшей и старшей возрастных групп (сырые баллы).

Таблица 140 – Средние значения «Теста руки» у младших и старших подростков (сырые баллы)

№	шкалы	младшая возрастная группа M±σ	старшая возрастная группа M±σ	p
1	Агрессия (Agg)	2,03±0,984	3,95±0,859	0,021*
2	Директивность (Dir)	2,60±1,242	2,92±1,446	0,487
3	Аффектация (Aff)	1,17±1,440	1,65±1,663	0,238
4	Коммуникация (Com)	2,33±1,668	2,55±1,701	0,724
5	Зависимость (Dep)	1,07±1,143	1,20±1,322	0,851
6	Страх (F)	0,13±0,346	0,20±0,523	0,818
7	Выразительность (Ex)	1,20±1,186	0,75±1,333	0,081
8	Калечность (Crip)	0,50±0,900	0,60±0,598	0,230
9	Описание (Des)	0,60±0,855	0,40±0,821	0,299
10	Напряжение (Ten)	0,73±0,907	1,15±1,309	0,303

Продолжение таблицы 140

11	Активные безличные ответы (Act)	4,27±2,449	4,85±3,438	0,710
12	Пассивные безличные ответы (Pas)	0,50±0,861	0,55±0,826	0,683
13	Фантазии (Bas)	0,47±0,860	0,05±0,224	0,221
14	Отказ от ответа (Fail)	0,47±0,860	0,05±0,224	0,030*
	Всего	17,60±5,456	19,90±6,231	0,139
15	Индекс открытого агрессивного поведения (I)	0,07±2,677	1,60±1,441	0,048*
16	Степень личностной дезадаптации (MAL)	1,37±1,712	1,95±1,395	0,045*
17	Тенденция к уходу от реальности (WITH)	1,07±0,980	0,50±0,827	0,026*
18	Психопатология (PATH)	3,50±2,957	2,95±2,235	0,682

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

В таблице 141 представлены средние значения шкал «Теста руки» пациентов младшей и старшей возрастных групп (в %).

Таблица 141 – Средние значения «Теста руки» у младших и старших подростков (в %)

№	шкалы	младшая возрастная группа M±σ	старшая возрастная группа M±σ	p
1	Агрессия (Agg)	12,65±3,748	19,48±4,451	0,047*
2	Директивность (Dir)	11,33±7,593	12,11±8,433	0,976
3	Аффектация (Aff)	6,30±6,788	8,16±8,100	0,506
4	Коммуникация (Com)	12,97±8,110	14,17±9,872	0,897
5	Зависимость (Dep)	6,22±6,236	5,98±5,267	0,872
6	Страх (F)	0,695±1,898	1,20±3,12	0,793
7	Выразительность (Ex)	6,41±6,49	3,09±5,161	0,050*

Продолжение таблицы 141

8	Калечность (Crip)	2,59±4,343	3,30±3,419	0,256
9	Описание (Des)	3,56±5,378	1,90±3,614	0,250
10	Напряжение (Ten)	3,92±4,608	6,01±6,223	0,297
11	Активные безличные ответы (Act)	24,51±14,11	22,13±12,143	0,835
12	Пассивные безличные ответы (Pas)	2,75±4,206	2,87±4,221	0,945
13	Фантазии (Bas)	0,00±0,000	0,295±1,319	0,221
14	Отказ от ответа (Fail)	3,25±6,019	0,415±1,855	0,034*

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

Из таблицы 141 видно, что в младшей возрастной группе достоверно выше по сравнению со старшей среднее значение шкалы «Выразительность» ($p=0,05$), шкалы «Отказа от ответов» ($p<0,05$) и достоверно ниже среднее значение «Агрессии» ($p<0,05$). Индекс открытого агрессивного поведения в старшей возрастной подгруппе ($1,60\pm0,836$) также оказался выше по сравнению с младшей ($p<0,05$). Он превышает по абсолютному значению известный порог готовности к открытой агрессии (+1), что свидетельствует, согласно методике «Тест руки», о большой вероятности открытого агрессивного поведения. Значение индекса в младшей возрастной подгруппе ($0,07\pm0,489$) типичен для агрессии, ограниченной хорошо знакомой ситуацией (диапазон индекса 0... +1). Такой тип агрессии по преимуществу проявляется в хорошо знакомой обстановке, с теми, кого индивид хорошо знает (семья, родственники, компания). Незнакомые, как правило, включают у него механизм самоконтроля, и личность успешно справляется с собственными агрессивными тенденциями. Формирование такого типа агрессии обычно связано с усвоением внешних образцов поведения окружающих, а форма проявления напоминает привычный рисунок поведения индивида, что соответствует понятию «инструментальная» агрессия. Данный тип агрессии культивируется и поддерживается определенными социо-культурными нормами.

В таблице 142 представлены различия средних значений «Теста руки» у младших и старших подростков из полных семей.

В таблице 143 представлены различия средних значений «Теста руки» у младших и старших подростков из неполных семей.

Таблица 142 – Различия средних значений «Теста руки» у младших и старших подростков из полных семей (сырые баллы)

№	шкалы	младшая возрастная группа M±σ	старшая возрастная группа M±σ	p
1	Агрессия (Agg)	11,22±4,051	18,30±0,098	0,050*
2	Директивность (Dir)	9,86±0,917	5,70±0,273	0,016*
3	Аффектация (Aff)	5,52±3,060	12,85±2,981	0,111
4	Коммуникация (Com)	17,48±5,261	15,92±3,458	0,730
5	Зависимость (Dep)	8,52±5,277	5,50±2,273	0,605
6	Страх (F)	0,92±0,920	2,95±2,950	0,207
7	Выразительность (Ex)	1,88±1,151	6,62±3,103	0,111
8	Калечность (Crip)	1,88±1,151	1,25±1,250	0,803
9	Описание (Des)	6,60±2,300	2,65±1,534	0,556
10	Напряжение (Ten)	3,94±1,804	4,52±2,968	0,641
11	Активные безличные ответы (Act)	23,70±6,376	19,80±2,782	0,413
12	Пассивные безличные ответы (Pas)	8,58±1,631	5,55±2,067	0,286
13	Фантазии (Bas)	0,00±0,000	1,47±1,475	0,097
14	Отказ от ответа (Fail)	0,00±0,000	0,00±0,000	1,000
15	Индекс открытого агрессивного поведения (I)	1,00±0,707	2,25±1,031	0,045*
16	Степень личностной дезадаптации (MAL)	1,40±0,678	1,50±0,289	0,875
17	Тенденция к уходу от реальности (WITH)	1,20±0,374	0,75±0,250	0,413
18	Психопатология (PATH)	3,80±0,970	3,00±0,408	0,190

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

Выявленные возрастные закономерности форм агрессии оказались в равной степени характерны для подростков из полных и неполных семей (таблицы 142, 143). У подростков, воспитывающихся в как полных, так и в неполных семьях, в старшей группе абсолютные показатели агрессии достоверно преобладали ($p=0,050$ и $p=0,034$). Индекс открытого агрессивного поведения у пациентов с обоими типами семей также достоверно преобладал в старшем возрасте ($p=0,045$ и $p=0,046$). Его значение в старшей возрастной группе в обоих случаях превышало +1, что характерно для открытого агрессивного поведения. В младшей группе значение индекса открытого агрессивного поведения было в диапазоне 0.... +1, что типично для агрессии, ограниченной хорошо знакомой ситуацией.

Таблица 143 – Различие средних значений «Теста руки» у младших и старших подростков из неполных семей (в %)

№	шкалы	младшая возрастная группа $M \pm \sigma$	старшая возрастная группа $M \pm \sigma$	p
1	Агрессия (Agg)	13,84±1,962	23,36±3,251	0,034*
2	Директивность (Dir)	11,74±2,036	9,83±2,668	0,437
3	Аффектация (Aff)	7,63±2,192	10,25±3,433	0,309
4	Коммуникация (Com)	12,30±1,977	12,40±2,576	0,736
5	Зависимость (Dep)	6,34±1,137	5,42±1,886	0,403
6	Страх (F)	0,71±0,532	1,22±0,813	0,341
7	Выразительность (Ex)	5,95±1,464	0,57±0,361	0,019*
8	Калечность (Crip)	1,26±0,675	3,29±0,924	0,122
9	Описание (Des)	0,207±0,122	3,93±1,664	0,094
10	Напряжение (Ten)	4,00±1,282	7,04±2,291	0,371
11	Активные безличные ответы (Act)	26,33±3,685	19,65±3,483	0,472
12	Пассивные безличные ответы (Pas)	2,32±1,029	2,19±0,899	0,902
13	Фантазии (Bas)	0,00±0,000	0,00±0,000	1,000
14	Отказ от ответа (Fail)	4,60±1,789	0,830±0,355	0,172

Продолжение таблицы 143

15	Индекс открытого агрессивного поведения (I)	0,07±0,842	1,91±1,46	0,046*
16	Степень личностной дезадаптации (MAL)	1,14±0,376	2,10±0,458	0,084
17	Тенденция к уходу от реальности (WITH)	0,71±0,244	0,90±0,348	0,796
18	Психопатология (PATH)	2,57±0,609	3,90±0,836	0,154

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

Таким образом, результаты исследования свойств личности при помощи проективной методики «Тест руки» позволяют сделать следующие выводы:

1) не было выявлено различий в свойствах личности у пациентов разного пола и у пациентов с разными видами употребляемых ПАВ с ВП. Исключение составляет шкала «Напряжение», которая выше у пациентов подгруппы употребления стимуляторов с ВП;

2) особенностью личностных характеристик у подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП по сравнению с здоровыми людьми является более высокие средние значения шкалы «Агрессия» и меньшие значения шкал «Страх» и «Описание». Отмеченные особенности характерны в равной мере для мальчиков-подростков и для девочек-подростков;

3) имеются различия в отдельных свойствах личности у младших и старших подростков. В младшей возрастной группе оказались выше значения шкал «Выразительность», «Отказ от ответов» и ниже – «Агрессия»;

4) индекс открытого агрессивного поведения в старшей возрастной группе был выше, чем в младшей. По абсолютному значению он превышал порог готовности к открытой агрессии, что свидетельствует о большой вероятности открытого агрессивного поведения. Значение индекса открытого агрессивного поведения в младшей возрастной группе типично для агрессии, ограниченной

хорошо знакомой ситуацией. Выявленные особенности оказались одинаково характерны для подростков с разными типами семей – полными и неполными.

ГЛАВА 8. МОТИВЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

Для изучения мотивов употребления ПАВ с ВП (аддиктивных мотивов) использовались 2 методики: 1) клинико-психопатологический метод, дополненный лексико-семантическим (компонентным) анализом высказываний пациентов, описывающих субъективные переживания состояния опьянения психоактивными веществами; 2) клинико-психологический метод. Использовался «Опросник мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ» [286].

8.1. Результаты изучения аддиктивных мотивов с помощью клинико-психопатологического метода

При помощи клинико-психопатологического метода выявлялся ведущий аддиктивный мотив исходя из представления о существовании 2 ведущих групп мотивов [286, 290, 291 и др.] – мотивов коррекции эмоционально-негативного состояния (мотивы КЭ) и мотивов стимуляции эмоционально-позитивного состояния (мотивы СЭ).

На основе клинической беседы, дополненной лексико-семантическим анализом высказываний, все пациенты были разделены на 2 группы:

1) пациенты с преимущественными мотивами коррекции эмоционально-негативного состояния (мотивы КЭ) (171 чел., 58,4%);

2) пациенты с преимущественными мотивами стимуляции эмоционально-позитивного состояния (мотивы СЭ) (111 чел., 37,9%). Следует отметить достоверное преобладание пациентов с мотивами коррекции эмоционально-негативного состояния (p по биномиальному критерию 0,000).

11 пациентов (3,8%) не смогли быть отнесены к той или иной группе, так как демонстрировали противоречивые ответы, либо их ответы, касающиеся

мотивов употребления ПАВ были не достаточно определенными для соответствующей квалификации.

Лексико-семантический анализ мотивов употребления ПАВ с ВП и его результаты. Лексико-семантический анализ высказываний пациентов, описывающих субъективные переживания состояния опьянения психоактивными веществами, проводился в ходе клинической беседы. Изучалась смысловая составляющая высказывания на основе компонентного смыслового анализа. Теоретической основой применения данного метода явились многочисленные данные о возможности применения лингвистических (лексико-семантических методов) для изучения психопатологических синдромов [119].

Для анализа смыслового компонента высказываний использовался составленный нами глоссарий мотивов употребления ПАВ. В большинстве случаев (282 чел., 96,2%) высказывания пациентов в той или иной степени передавали смысл, имеющий отношение к описанию состояния опьянения, из которого вытекала цель (мотив) употребления психоактивного вещества. Наиболее частыми ответами, которые можно было интерпретировать указанным способом, были: «Становится весело», «для того, чтобы веселиться», «от этого хорошо», «лучше настроение», «для радости», «все проясняется», «что-то внутри поднимает», «летаю», «сшибает», «происходит что-то непонятное», «расслабляет», «что-то внутри загорается», «куда-то тянет», «лучше чувствуешь себя», «все проясняется», «накрывает», «езде хорошо», «на седьмом небе», «вставляет», «носит», «чувствуешь себя необычно», «чтобы двигаться», «отключает», «забываешь неприятности», «уходят проблемы», «забываешь о школе», «не хочется думать о грустном» и др.

В результате лексико-семантического (смыслового) анализа было выделено несколько смысловых категорий:

1) Категория «неопределенности». Выявлялась при анализе лексических единиц высказываний 127 пациентов (43,3%). Данная категория была выявлена на основе неясности, неотчетливости описания своих ощущений. Это проявлялось присутствием слов (лексических единиц) неопределенного смыслового

содержания: «что-то», «как-то», «куда-то», а, с другой стороны, неопределенно-обобщающих характеристик – «все», «езде», «повсюду» и др.

2) Категория «измененного состояния». Была характерна для лексических единиц 249 пациентов (84,9%). Данная категория проявлялась в высказываниях, содержащих динамический смысловой критерий («наступало», «становится», «приходит», «накрывает», «отключает», «забываешь» и др.), сравнительный критерий («лучше», «легче») и критерий, отражающий необычность, непривычность переживаемых ощущений («...необычно», «...непонятное» и др.).

3) Категория «эмоциональной оценки состояния». Отмечалась в высказываниях (лексических единицах) 282 пациентов (96,2%). Была представлена лексическими единицами, описывающими качество переживаемого эмоционального состояния («весело», «радость», «веселиться», «летаю», «загорается», «лучше», «забывается плохое», «расслабляет»). Высказывания, относящиеся к данной категории, выстраивались по принципу бинарной оппозиции. Передаваемый лексической единицей смысл заключался либо в улучшении эмоционального положительного состояния и хорошего самочувствия, либо в купировании отрицательных эмоциональных переживаний. Таким образом, были выявлены 2 разновидности описываемой смысловой категории, обозначенные соответственно как подкатегории «улучшения эмоционально-положительного состояния» и «купирование эмоционально-отрицательного состояния». Под 1-ю подкатегорию подпадают такие высказывания как, например, «лучше настроение», «для радости», «все проясняется», «что-то внутри поднимает», «летаю» и т.д. 2-ю подкатегорию составляют, например, высказывания по типу «забываешь неприятности», «уходят проблемы», «забываешь о школе», «не хочется думать о грустном» и др.

Некоторые высказывания неопределенного эмоционального содержания (такие как «парю», «летаю», «вставляет», «носит», «проясняется», «сшибает», «накрывает», «вставляет» и др.) были отнесены к указанным подкатегориям на основании контекстуального анализа, т. е. выявления общей смысловой

доминанты высказывания и оценки сопровождающих его невербальных выразительных средств.

Таким образом, результаты лексико-семантического анализа подтвердили наличие смыслового компонента в высказываниях, отражающего категорию «эмоциональной оценки состояния», представленной бинарной оппозицией признаков – мотивы коррекции эмоционально-негативного состояния (мотивы КЭ) и мотивы стимуляции эмоционально-позитивного состояния (мотивы СЭ).

8.2. Результаты изучения аддиктивных мотивов с помощью «Опросника мотивов употребления алкоголя /психоактивных веществ»

Адаптированный перевод текста опросника представлен в приложении № 2.4. Использованию опросника предшествовала группировка пунктов опросника в шкалы и изучение надежности (внутренней согласованности) шкал опросника.

Группировка пунктов опросника в шкалы. Таблицы и графики результатов факторного анализа пунктов «Опросника мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ» - оценка пригодности массива данных, график собственных значений факторов, объясненная совокупная дисперсия (таблицы 366, 367, рисунок 65) представлены в приложении 8.1. Использовался метод «максимального правдоподобия» и «варимакс»-вращение.

Оценка пригодности массива данных выявила, что показатель меры адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина составил 0,916 (выше 0,500), что свидетельствует о применимости факторной модели. Таким образом, построенная факторная модель довольно полно описывает структуру ответов опросника [122]. Вероятность ошибки критерия сферичности Бартлетта ($p=0,000$) свидетельствует о том, что корреляционные связи между переменными исходного массива существуют и возможна их группировка на основании тесноты корреляции (исходная гипотеза о несуществовании связи отклонена с вероятностью ошибки 0,000). Оценка графика собственных значений позволил отобрать для анализа 4

фактора. Их объясненная дисперсия составила 59,840%. Повернутая матрица факторов представлена в таблице 144.

Таблица 144 – Повернутая факторная матрица значений пунктов «Опросника мотивов употребления алкоголя /психоактивных веществ»

Пункты опросника	Факторы			
	1	2	3	4
Для того, чтобы забыть неприятности?	-0,190	0,718	-0,195	0,337
Потому что Ваши друзья оказывают на Вас давление?	-0,013	0,090	-0,032	0,491
Потому что это помогает Вам наслаждаться вечеринкой?	0,738	-0,144	0,295	-0,104
Потому что это помогает Вам, когда Вы подавлены или взволнованы?	-0,281	0,640	-0,248	0,299
Чтобы быть общительным?	0,659	-0,270	0,316	-0,091
Для того, чтобы не падать духом, когда Вы находитесь в плохом настроении?	-0,188	0,721	-0,306	0,242
Потому что Вам нравится чувство опьянения?	0,263	-0,370	0,649	-0,032
Чтобы другие не шутили надо мной из-за того, что я не употребляю алкоголь (наркотики)?	-0,005	0,146	0,064	0,628
Потому что это стимулирует?	0,328	-0,360	0,639	-0,061
Для улучшения самочувствия?	0,322	-0,099	0,797	-0,062
Так как это делает встречи веселее?	0,734	-0,115	0,259	-0,026
Вы употребляете алкоголь (наркотики) для того, чтобы вписаться в компанию, которая тебе нравится?	-0,031	0,065	-0,023	0,609
Потому что это вызывает приятное ощущение?	0,348	-0,267	0,580	-0,113
Поскольку при этом лучше проводятся вечеринки и праздники?	0,749	-0,261	0,218	-0,128
Потому что Вы чувствуете более уверенным в себе?	-0,270	0,662	-0,294	0,292
Для того, чтобы отметить какое-то событие с друзьями?	0,717	-0,267	0,269	0,111
Для того, чтобы забыть о своих проблемах?	-0,328	0,746	-0,253	0,248
Потому что при этом весело?	0,343	-0,258	0,697	0,007
Для того чтобы тебе нравиться другим?	-0,060	0,219	-0,079	0,636
Чтобы не отличаться от других?	-0,057	0,174	-0,099	0,623

Из таблицы 144 видно, что 1-й фактор составили вопросы шкалы «Социальные мотивы», 2-й фактор – вопросы шкалы «Копинг-мотивы», 3-й фактор – вопросы шкалы «Мотивы стимуляции», 4-й фактор – вопросы шкалы «Комформные мотивы». Распределение пунктов по шкалам представлено в таблице 145.

Таблица 145 – Распределение пунктов «Опросника мотивов употребления алкоголя /психоактивных веществ» в шкалы

№	шкалы	№ пунктов
1	«Социальные мотивы»	3, 5, 11, 14, 16
2	«Копинг-мотивы»	1, 4, 6, 15, 17
3	«Мотивы стимуляции»	7, 9, 10, 13, 18
4	«Комформные мотивы»	2, 8, 12, 19, 20

Из таблицы 145 видно, что количество шкал и составляющие их элементы (пункты опросника) в нашем исследовании полностью соответствовали оригинальной версии – «The Drinking Motives Questionnaire-Revised (DMQR)» [286].

Данные о нормальном распределении значений шкал «Опросника мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ» представлены в приложении 8.2 (таблица 368). На основании представленных значений асимметрии и эксцесса можно сделать вывод, что выборка соответствует критериям нормального распределения, так как численные значения этих показателей не превышают 1 (за исключением значения эксцесса шкалы «Комформные мотивы»). Это делает возможным для анализа данных использовать методы параметрической статистики.

Изучение надежности (внутренней согласованности) шкал «Опросника мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ». Средние значения пунктов шкалы «Социальные мотивы» представлены в таблице 369 (приложение 8.3).

Сравнивая средние значения шкал «Социальные мотивы», полученные в настоящем исследовании с данными европейской стандартизации [432, 433], можно отметить более высокие результаты европейского варианта по всем

пунктам, кроме № 5 ($\text{№ } 3=2,72\pm1,58$; $\text{№ } 5=1,58\pm1,03$; $\text{№ } 11=3,01\pm1,68$; $\text{№ } 14=2,88\pm1,70$; $\text{№ } 16=3,86\pm1,58$). В обоснование таких результатов можно сказать, что указанные пункты шкалы касаются социальных (групповых) мотивов употребления ПАВ. Невыраженность этих мотивов у обследованных нами пациентов отражает наличие личностно-обусловленных аддиктивных мотивов и социальную характеристику обследуемых пациентов (редкое посещение «вечеринок», «праздников» в связи с низким материальным состоянием).

Статистика пунктов шкалы «Социальные мотивы» по отношению к итогам представлена в таблице 370 (приложение 8.3). Из этой таблицы видно, что значение коэффициентов корреляции между элементом (пунктом шкалы) и итогом (суммарным баллом) во всех случаях больше 0,7, а исключение элемента не приводит к сильному увеличению значения α Кронбаха. Это дает основание сохранить все пункты как составляющие рассматриваемой шкалы. Показатели надежности, рассчитанные по методу половинного расщепления, приводятся в таблице 371 (приложение 8.3). Из таблицы видно, что значения коэффициентов Спирмена-Брауна и Гуттмана характеризуют хорошую внутреннюю согласованность шкалы ($> 0,8$).

Средние значения пунктов шкалы «Копинг-мотивы» представлены в таблице 372 приложения 8.3. Статистика пунктов шкалы «Копинг-мотивы» по отношению к итогам представлена в таблице 373 (приложение 8.3). Из этой таблицы видно, что значение коэффициентов корреляции между элементом (пунктом шкалы) и итогом (суммарным баллом) во всех случаях больше 0,7, а исключение элемента не приводит к сильному увеличению значения α Кронбаха. Это дает основание сохранить все пункты как составляющие рассматриваемой шкалы. Показатели надежности, рассчитанные по методу половинного расщепления, приводятся в таблице 374 (приложение 8.3). Из таблицы 374 видно, что значение коэффициента Спирмена-Брауна характеризует отличную внутреннюю согласованность шкалы ($> 0,9$), а значение коэффициента Гуттмана – хорошую внутреннюю согласованность ($> 0,8$).

Средние значения пунктов шкалы «Мотивы стимуляции» представлены в таблице 375 приложения 8.3. Статистика пунктов шкалы «Мотивы стимуляции» по отношению к итогам представлена в таблице 376 (приложение 8.3). Из этой таблицы видно, что значение коэффициентов корреляции между элементом (пунктом шкалы) и итогом (суммарным баллом) во всех случаях больше 0,7, кроме пункта № 13, где отмечается умеренная корреляционная связь этих показателей ($r=0,687$). Однако исключение этого элемента (пункта № 13) не приводит к сильному увеличению значения α Кронбаха, что дает основание сохранить все пункты как составляющие рассматриваемой шкалы. Показатели надежности, рассчитанные по методу половинного расщепления, приводятся в таблице 377 (приложение 8.3). Из таблицы видно, что значения коэффициентов Спирмена-Брауна и Гуттмана характеризуют хорошую внутреннюю согласованность шкалы ($> 0,8$).

Средние значения шкалы «Комформные мотивы» представлены в таблице 378 приложения 8.3. Статистика пунктов шкалы «Комформные мотивы» по отношению к итогам представлена в таблице 379 (приложение 8.3). Из этой таблицы видно, что значение коэффициентов корреляции между элементом (пунктом шкалы) и итогом (суммарным баллом) колеблется в пределах 0,4-0,5, что соответствует умеренной корреляционной связи. Исключение какого-либо элемента (пункта) из шкалы не приводит к сильному увеличению значения α Кронбаха, что дает основание к их сохранению. Показатели надежности, рассчитанные по методу половинного расщепления, приводятся в таблице 380 (приложение 8.3). Из таблицы видно, что значение коэффициента Спирмена-Брауна характеризует приемлемую внутреннюю согласованность шкалы ($> 0,7$), а значение коэффициента Гуттмана указывает на сомнительный характер внутренней согласованности ($> 0,6$).

Сводная таблица значений α Кронбаха различных шкал «Опросника мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ» представлена в таблице 146.

Таблица 146 – Значения α Кронбаха шкал «Опросника мотивов употребления
алкоголя/психоактивных веществ»

№	шкалы	α Кронбаха
1	«Социальные мотивы»	0,892
2	«Копинг-мотивы»	0,919
3	«Мотивы стимуляции»	0,893
4	«Комформные мотивы»	0,749

Таким образом, результаты изучения надежности «Опросника мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ», рассчитанные по 2-м методикам (α Кронбаха и метод половинного расщепления), свидетельствуют в большинстве случаев о хорошей и приемлемой внутренней согласованности пунктов шкал. Для шкалы «Копинг-мотивы» получены значения α Кронбаха и коэффициента Спирмена-Брауна, соответствующие отличной надежности. Для шкалы «Комформные мотивы» расчет коэффициента Гуттмана указывает на сомнительный характер ее надежности. В целом оценка надежности позволяет использовать «Опросник мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ» для рейтинговой оценки показателей.

Разделение пациентов на мотивационные группы при помощи «Опросника употребления алкоголя/ психоактивных веществ». Средние значения шкал «Опросника употребления алкоголя/ психоактивных веществ» в зависимости от мотивационной группы представлены в таблице 147.

Из таблицы 147 видно, что в группе мотивов КЭ достоверно преобладают значения шкал «Копинг-мотивы» ($p < 0,005$) и «Комформные мотивы» ($p < 0,005$). В группе мотивов СЭ достоверно преобладают показатели шкал «Мотивы стимуляции» ($p < 0,005$) и «Социальные мотивы» ($p < 0,005$).

Результаты дискриминантного анализа значения шкал «Опросника употребления алкоголя/психоактивных веществ». Целью проведения дискриминантного анализа количественных значений шкал «Опросника употребления алкоголя/психоактивных веществ» было подтверждение обоснованности выделения 2-х мотивационных групп употребления ПАВ, ранее

выявленных на основании клинической беседы и лексико-семантического анализа высказываний пациентов.

Таблица 147 – Средние значения шкал «Опросника употребления алкоголя/психоактивных веществ» в зависимости от мотивационной группы

шкалы	среднее значение и риск ошибки			p
	все пациенты M±m	мотивы КЭ M±m	мотивы СЭ M±m	
Социальные мотивы	9,25 ± 0,191	7,80 ± 0,192	11,52 ± 0,286	0,001*
Копинг-мотивы	12,20 ± 0,255	14,92 ± 0,212	8,05 ± 0,263	0,001*
Мотивы стимуляции	10,59 ± 0,204	8,63 ± 0,186	13,70 ± 0,239	0,001*
Комформные мотивы	7,95 ± 0,131	8,42 ± 0,184	7,41 ± 0,170	0,001*

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

Подробные результаты дискриминантного анализа значения шкал «Опросника употребления алкоголя/психоактивных веществ» представлены в приложении 8.4. По всем шкалам опросника было установлено статистически значимое различие между группами (таблица 381 приложения 8.4).

Результаты пошагового анализа дискриминантных переменных приводятся в таблицах 382-384 приложения 8.3. В таблице 382 представлены введенные и удаленные в анализ переменные. Из таблицы 382 следует, что для анализа были отобраны 3 переменные – шкалы опросника – «Копинг-мотивы», «Мотивы стимуляции», «Комформные мотивы». Значения толерантности и F-критерия, включенных и не включенных в анализ переменных, представлены соответственно в таблицах 383 и 384. В таблице 385 представлены данные о единственной канонической дискриминантной функции.

Данные о фактической и прогнозируемой группе для объектов (пациентов), выявленные на основании дискриминантного анализа значения шкал «Опросника употребления алкоголя/психоактивных веществ», представлены в таблице 148.

Таблица 148 – Фактическая и прогнозируемая (предсказанная) принадлежность пациентов к мотивационным группам

группа	фактическая принадлежность к данной группе		предсказанная принадлежность к данной группе	
	абс.	в %	абс.	в %
1) мотивы коррекции эмоционально-негативного состояния (КЭ)	171 чел.	100,0%	164 чел.	95,9%
2) мотивы стимуляции эмоционально-позитивного состояния (СЭ)	111 чел.	100,0%	93 чел.	83,78%
Всего	282 чел.	100,0%	257 чел.	91,13%
Неопределенные ответы	11 чел.			
Предсказанная принадлежность:				
к группе мотивов КЭ	7 чел.			
к группе мотивов СЭ	4 чел.			

Таким образом, результаты дискриминантного анализа количественных значений шкал «Опросника употребления алкоголя/психоактивных веществ»:

1. Подтвердили обоснованность эмпирического разделения (на основании клинико-психопатологического и лексико-семантического анализа) пациентов на 2 мотивационные группы: 1) группу мотивов коррекции эмоционально-негативного состояния (мотивы КЭ); 2) группу мотивов стимуляции эмоционально-позитивного состояния (мотивы СЭ).

2. Позволили отнести эмпирически неклассифицированных пациентов (11 чел.) к одной из 2-х выделенных групп.

3. Позволили скорректировать принадлежность 25 пациентов к мотивационным группам исходя из статистически значимого предсказания.

Общий показатель предсказанной принадлежности составил 91,13%, что позволяет говорить о высоком уровне совпадений клинических и психометрических методик при изучении мотивации употребления ПАВ подростками и использовать выделенные мотивационные группы для анализа других клинико-динамических и личностно-адаптационных характеристик.

8.3. Связь аддиктивных мотивов с расстройствами поведения

Различия средних значений шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей» в зависимости от мотивационной группы представлены в таблице 149.

Таблица 149 – Средние значения шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей» у пациентов с разными аддиктивными мотивами

№	шкалы	мотивы КЭ M±m	мотивы СЭ M±m	p
1	Позитивное поведение	13,19±0,315	15,05±0,499	0,001 *
2	Расстройства поведения	9,62±0,158	11,27±0,975	0,001 *
3	Оппозиция	8,95±0,344	12,19±0,526	0,001 *
4	Сензитивность	12,81±0,594	10,12±0,486	0,001 *
5	Гиперактивность	5,23±0,343	4,26±0,435	0,011 *
6	Невнимательность	7,86±0,257	6,88±0,349	0,026 *
7	Эмоциональные нарушения	13,10±0,700	12,15±0,813	0,040 *

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

Из таблицы 149 видно, что средние значения шкал «Позитивное поведение», «Расстройства поведения» и «Оппозиция» достоверно преобладают у пациентов с мотивами СЭ. В группе мотивов КЭ отмечаются достоверно более высокие цифры шкал «Гиперактивность», «Невнимательность» и «Эмоциональные нарушения». Не отмечено достоверных различий по шкале «Сензитивность».

Указанные соотношения наглядно представлены на рисунке 32.

Отмеченные закономерности совпадают с закономерностями средних значений аналогичных показателей (шкал «Низонжеровского опросника оценки поведения детей») в группах с ранним и поздним началом РП. В связи с чем были сопоставлены численные характеристики пациентов в этих группах (таблица 150). Выявлено, что для пациентов с ранним началом РП в 62,6% случаев характерны мотивы КЭ, а в 37,3% - мотивы СЭ. Для РП с поздним началом мотивы КЭ встречаются в 17,9% случаев, а в 82,1% характерны мотивы СЭ. Расчет коэффициентов корреляции, вычисляемых на основе критерия независимости χ^2 (Фи и V Крамера), показал, что между распространенностью пациентов с разными

сроками начала РП и мотивами употребления ПАВ существует умеренная корреляционная связь ($p < 0,005$) (таблица 151).

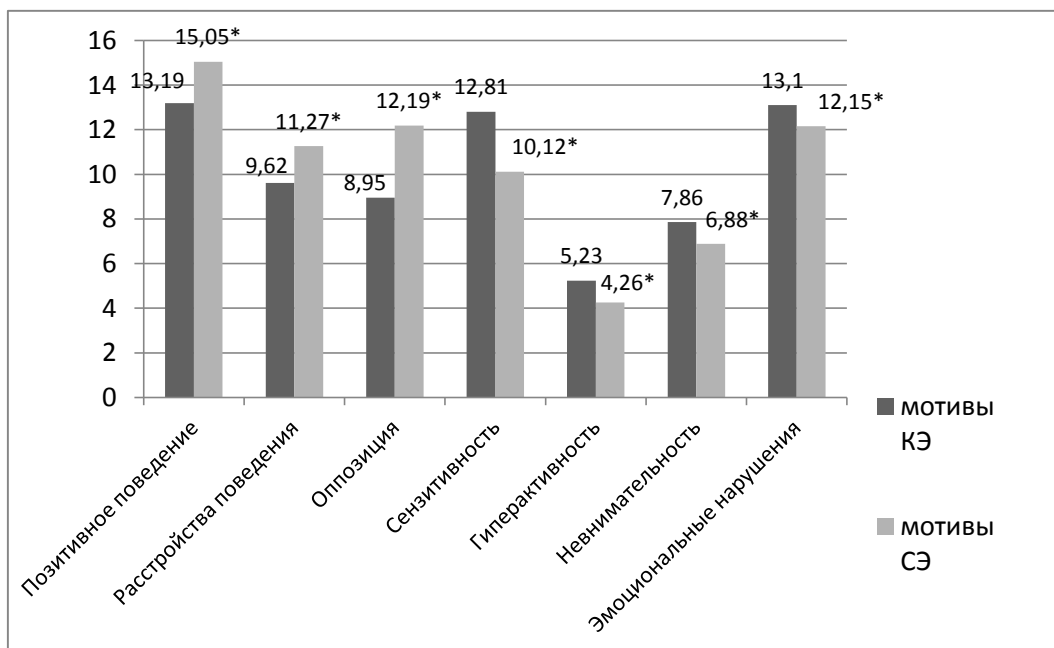


Рисунок 32. Шкалы «Низонжеровского опросника оценки поведения детей» у пациентов с разными мотивационными группами.

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

Таким образом, между мотивационными группами имеются существенные отличия по формам РП и их выраженности. Большие числовые значения в группе мотивов СЭ шкал «Расстройства поведения» и «Оппозиция» указывает на преобладание у этих пациентов симптомов несоциализированного и социализированного расстройства поведения (личностно-поведенческий спектр расстройств).

Более высокие значения в группе мотивов КЭ шкал «Гиперактивность», «Невнимательность» и «Эмоциональные нарушения» свидетельствует о преобладании «Гиперкинетического расстройства поведения» и эмоциональных симптомов, специфичных для органических расстройств (органический поведенческий спектр нарушений). Это указывает на нозологические различия пациентов с разными мотивами употребления ПАВ. Мотивационные различия у

пациентов с разным сроком начала РП также по-разному нозологически характеризуют две выделенные группы пациентов.

Таблица 150 – Сопряженность количественных показателей пациентов с разными сроками начала РП и мотивационными группами употребления ПАВ

тип РП	мотивы КЭ		мотивы СЭ		всего пациентов	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
РП с ранним началом	52	62,6%	31	37,3%	83	100,0%
РП с поздним началом	19	17,9%	87	82,1%	106	100,0%
Всего	71	37,6%	118	62,4%	189	100,0%

Таблица 151 – Корреляционная связь между количеством пациентов с разными сроками начала РП и разными мотивами употребления ПАВ

Категория	коэффициент	значение	уровень значимости
номинальная/ номинальная	Фи	0,458	0,001
	V Крамера	0,458	0,001

8.4. Связь аддиктивных мотивов с клинико-динамическими характеристиками употребления психоактивных веществ с вредными последствиями

Аддиктивные мотивы и подгруппа употребления ПАВ с ВП. Соотношение аддиктивных мотивов и видов употребляемых ПАВ с ВП представлено в таблице 152.

Исследование связи мотивационных групп и вида употребляемого ПАВ с ВП показало, что количество пациентов с мотивом КЭ достоверно преобладало среди употребляющих опиоиды с ВП ($p < 0,005$ по биномиальному критерию), употребляющих летучие растворители с ВП (p по биномиальному критерию 0,000), и не отличалось от количества пациентов с мотивами СЭ среди употребляющих алкоголь с ВП ($p > 0,2$ по биномиальному критерию) от

количества пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП ($p > 0,2$ по биномиальному критерию).

Таблица 152 – Подгруппы употребления ПАВ с ВП и мотивационная группа

подгруппа	мотивы КЭ		мотивы СЭ		всего	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
Употребление опиоидов с ВП	59	69,4%	26	30,6%	85	100,0%
Употребление летучих растворителей с ВП	67	76,1%	21	23,9%	88	100,0%
Употребление алкоголя с ВП	24	42,1%	33	57,9%	57	100,0%
Употребление стимуляторов с ВП	21	40,4%	31	59,6%	52	100,0%

В группе мотивов КЭ было достоверно больше пациентов, употребляющих опиоиды с ВП ($\chi^2=3,924$, $p < 0,05$) и употребляющих летучие растворители с ВП ($\chi^2=12,873$, $p < 0,005$) по сравнению с группой мотивов СЭ.

Средние значения шкал «Опросника мотивов употребления алкоголя /психоактивных веществ» в зависимости от вида употребляемого ПАВ с ВП (у пациентов разных подгрупп) представлены в таблице 153.

Результаты расчета статистических различий между средними значениями «Опросника мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ» пациентов с различными видами употребляемых ПАВ с ВП на основании однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) представлено в приложении 8.5. Данные межгруппового сравнения дисперсий по F-критерию представлены в таблице 386. Из таблицы 386 приложения 8.5 видно, что различия между 4-мя подгруппами по шкалам «Социальные мотивы» ($F=3,545$, $p < 0,05$), «Копинг-мотивы» ($F=4,203$, $p < 0,005$) и «Мотивы стимуляции» ($F=5,403$, $p < 0,01$) являются статистически значимыми, в то время как значения шкалы «Комфортные мотивы» 4-х подгрупп статистически не различаются ($F=0,604$, $p > 0,6$). Данные о критерии однородности дисперсии Ливиня представлены в таблице 387 (приложение 8.5). Результаты таблицы свидетельствуют о том, что дисперсии групп по всем шкалам достоверно

не различаются, что позволяет для попарного сравнения использовать метод Шеффе.

Таблица 153 – Средние значения шкал «Опросника мотивов употребления алкоголя /психоактивных веществ» в разных подгруппах

подгруппа пациентов/шкалы опросника	«Социальные мотивы» M±m	«Копинг- мотивы» M±m	«Мотивы стимуляции» M±m	«Комформ- ные мотивы» M±m
Употребление опиоидов с ВП	8,95±0,337	12,74±0,486	10,16±0,350	7,89±0,275
Употребление летучих растворителей с ВП	8,72±0,310	13,06±0,361	9,81±0,336	8,13±0,171
Употребление алкоголя с ВП	10,39±0,441	11,18±0,638	11,75±0,495	7,70±0,308
Употребление стимуляторов с ВП	9,58±0,559	10,92±0,800	11,50±0,475	8,19±0,298

Расчеты попарного сравнения показали (таблица 388 приложения 8.5), что средние значения шкалы «Социальные мотивы» наиболее высокие у пациентов с употреблением алкоголя с ВП. Они достоверно выше по сравнению с пациентами, употребляющими летучие растворители с ВП. Шкала «Копинг-мотивы» преобладала у пациентов с употреблением летучих растворителей с ВП, ее значение было достоверно выше, чем у пациентов с употреблением стимуляторов с ВП. Шкала «Мотивы стимуляции» была самой низкой у пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП. Ее значения достоверно отличались от пациентов, употребляющих алкоголь с ВП и пациентов с употреблением стимуляторов с ВП. Выявленные межгрупповые отличия средних значений шкал «Опросника мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ» свидетельствуют как о разных мотивах употребления ПАВ при использовании различных видов веществ, так и о разной выраженности последствий употребления при использовании различных ПАВ.

Данные о нормальности распределения шкал «ЕвроАДАД» представлены в таблице 315 (приложение 5.1). Из таблицы видно, что значения эксцесса и

асимметрии по всем шкалам ниже 1. Это говорит о том, что выборка соответствует нормальному распределению и можно применять параметрические статистические методы для анализа данных.

В таблице 154 показаны различия рейтинга тяжести употребления ПАВ с ВП в зависимости от аддиктивных мотивов.

Таблица 154 – Рейтинг тяжести употребления ПАВ в зависимости от мотивационной группы (все пациенты)

шкалы	мотивы КЭ M±m	мотивы СЭ M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	2,92 ± 0,071	2,85 ± 0,065	0,102
Школьное обучение/занятость	5,92 ± 0,090	5,79 ± 0,108	0,067
Общественное поведение	3,44 ± 0,077	4,13 ± 0,092	0,001 *
Семейные взаимоотношения	5,63 ± 0,124	5,51 ± 0,169	0,083
Психическая адаптация/психопатология	5,94 ± 0,076	5,27 ± 0,085	0,001 *
Противоправные действия	4,31 ± 0,104	4,37 ± 0,120	0,206
Употребление наркотиков	4,53 ± 0,159	4,34 ± 0,085	0,001 *
Употребление алкоголя	2,99 ± 0,142	3,10 ± 0,176	0,179

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

Из таблицы 154 видно, что у пациентов с мотивами КЭ отмечались достоверно более высокие средние значения шкал «Психическая адаптация/психопатология» и «Употребление наркотиков», а у пациентов с мотивами СЭ достоверно более высокие средние значения шкалы «Общественное поведение». Указанные соотношения наглядно представлены на рисунке 33.

В таблице 155 представлены различия мотивационных групп пациентов, употребляющих опиоиды с ВП. Из таблицы 155 видно, что пациенты подгруппы употребления опиоидов с ВП, с мотивами КЭ, как и в выборке в целом, демонстрировали достоверно более высокие средние значения шкал «Психическая адаптация/психопатология» и «Употребление наркотиков». В отличие от выборки в целом у пациентов разных мотивационных групп не отмечалось достоверного различия средних значений шкалы «Общественное поведение».

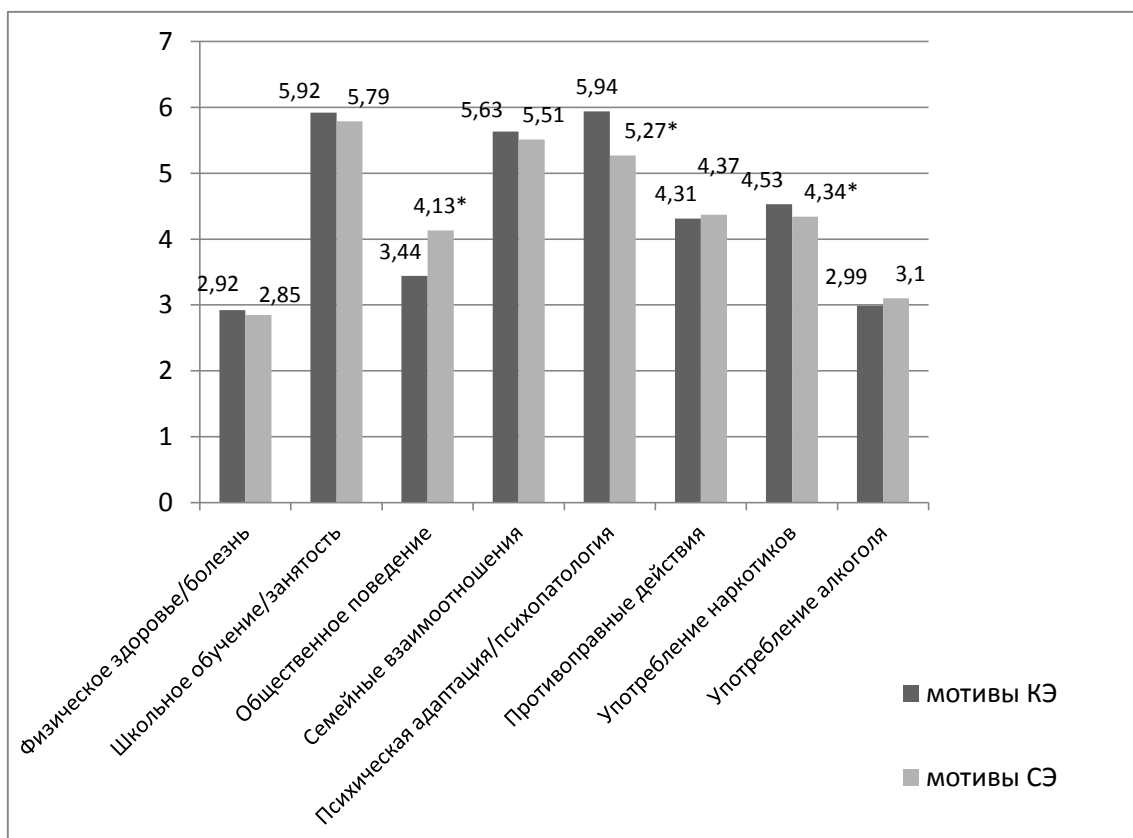


Рисунок 33. Рейтинг тяжести у пациентов с разными аддиктивными мотивами.

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

Таблица 155 – Рейтинг тяжести в зависимости от мотивационной группы
(подгруппа употребления опиоидов с ВП)

шкалы	мотивы КЭ M±m	мотивы СЭ M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	2,70 ± 0,111	2,44 ± 0,085	0,071
Школьное обучение/занятость	4,91 ± 0,114	4,88 ± 0,113	0,607
Общественное поведение	4,52 ± 0,121	4,70 ± 0,129	0,110
Семейные взаимоотношения	3,74 ± 0,120	3,69 ± 0,113	0,843
Психическая адаптация/психопатология	5,21 ± 0,118	4,48 ± 0,147	0,013 *
Противоправные действия	5,51 ± 0,124	5,42 ± 0,099	0,623
Употребление наркотиков	6,55 ± 0,113	5,78 ± 0,108	0,021 *
Употребление алкоголя	2,60 ± 0,141	2,92 ± 0,117	0,088

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

В таблице 156 представлены различия мотивационных групп пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП.

Таблица 156 – Рейтинг тяжести в зависимости от мотивационной группы
(подгруппа употребления летучих растворителей с ВП)

шкалы	мотивы КЭ M±m	мотивы СЭ M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	3,42 ± 0,106	3,13 ± 0,129	0,094
Школьное обучение/занятость	6,71 ± 0,097	6,53 ± 0,163	0,223
Общественное поведение	2,92 ± 0,079	3,32 ± 0,108	0,062
Семейные взаимоотношения	7,19 ± 0,081	7,29 ± 0,142	0,662
Психическая адаптация/психопатология	6,44 ± 0,132	5,71 ± 0,121	0,001 *
Противоправные действия	3,25 ± 0,091	3,49 ± 0,180	0,174
Употребление наркотиков	4,39 ± 0,101	3,62 ± 0,130	0,001 *
Употребление алкоголя	2,25 ± 0,076	2,44 ± 0,095	0,405

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

Из таблицы 156 видно, что пациенты, употребляющие летучие растворители с мотивами КЭ, отличались достоверно более высокими средними значениями шкал «Психическая адаптация/психопатология» и «Употребление наркотиков». Достоверного различия средних значений шкалы «Общественное поведение» не получено. Таким образом, различия мотивационных групп пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП, было сходно с различиями мотивационных групп пациентов, употребляющих опиоиды с ВП.

В таблице 157 представлены различия мотивационных групп пациентов, употребляющих алкоголь с ВП.

Из таблицы 157 видно, что пациенты, употребляющие алкоголь с мотивами КС отличались достоверно более высокими средними значениями шкал «Психическая адаптация/психопатология» и «Употребление алкоголя». Среднее значение шкалы «Общественное поведение» достоверно было выше у пациентов с мотивами СЭ. Таким образом, для пациентов, употребляющих алкоголь, были характерны такие же различия мотивационных групп, как и для выборки в целом.

Таблица 157 – Рейтинг тяжести в зависимости от мотивационной группы
(подгруппа употребления алкоголя с ВП)

шкалы	мотивы КЭ M±m	мотивы СЭ M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	3,14 ± 0,156	2,60 ± 0,143	0,126
Школьное обучение/занятость	6,29 ± 0,188	6,65 ± 0,234	0,266
Общественное поведение	3,03 ± 0,139	3,54 ± 0,146	0,046 *
Семейные взаимоотношения	5,54 ± 0,154	5,50 ± 0,201	0,929
Психическая адаптация/психопатология	6,46 ± 0,107	5,80 ± 0,144	0,032 *
Противоправные действия	3,32 ± 0,153	3,65 ± 0,131	0,161
Употребление наркотиков	1,43 ± 0,140	1,15 ± 0,174	0,252
Употребление алкоголя	6,14 ± 0,111	5,65 ± 0,130	0,044 *

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

В таблице 158 представлены различия мотивационных групп пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП.

Таблица 158 – Рейтинг тяжести в зависимости от мотивационной группы
(подгруппа употребления стимуляторов с ВП)

шкалы	мотивы КЭ M±m	мотивы СЭ M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	2,46 ± 0,193	2,30 ± 0,149	0,248
Школьное обучение/занятость	5,24 ± 0,223	5,13 ± 0,139	0,729
Общественное поведение	3,84 ± 0,198	4,63 ± 0,207	0,012 *
Семейные взаимоотношения	5,76 ± 0,258	5,60 ± 0,241	0,711
Психическая адаптация/психопатология	5,82 ± 0,062	4,93 ± 0,256	0,010 *
Противоправные действия	5,45 ± 0,223	5,63 ± 0,325	0,082
Употребление наркотиков	5,69 ± 0,171	5,10 ± 0,288	0,018 *
Употребление алкоголя	1,59 ± 0,151	2,80 ± 0,188	0,001 *

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

Из таблицы 158 видно, что у пациентов, употребляющих стимулятор с ВП, с мотивами КЭ наблюдаются достоверно более высокие средние значения шкал «Психическая адаптация/психопатология» и «Употребление наркотиков». Среднее значение шкал «Общественное поведение» и «Употребление алкоголя» оказались достоверно выше у пациентов с мотивами СЭ. Таким образом, для пациентов подгруппы употребления стимуляторов с ВП были характерны схожие

с выборкой в целом различия мотивационных групп за исключением шкалы «Употребление алкоголя», которая выше у пациентов с «положительным подкреплением».

Таким образом, для мотивационных групп пациентов, употребляющих разные ПАВ с ВП характерны схожие различия. Во всех случаях у пациентов с мотивами КС отмечались более выраженные значения шкал «Психическая адаптация/психопатология» и «Употребление наркотиков». Для пациентов с мотивами СЭ, употребляющих алкоголь с ВП и стимуляторы с ВП, были характерны более высокие значения шкалы «Общественное поведение». Такие же различия шкалы «Общественное поведение» отмечались и при расчетах всей выборки пациентов в целом. У пациентов с мотивами СЭ, употребляющих стимуляторы с ВП, кроме того, наблюдались достоверно более высокие цифры шкалы «Употребление алкоголя».

Обобщая полученные результаты, можно сказать, что для пациентов с мотивами КЭ при более выраженных количественных значениях употребления ПАВ были более характерны психопатологические последствия употребления, а у пациентов с мотивами СЭ в большинстве случаев отмечаются социально-юридические последствия употребления ПАВ.

Различия рейтинга тяжести употребления ПАВ в разных мотивационных группах при повторном обследовании. В таблице 159 представлены рейтинги тяжести употребления ПАВ пациентов разных мотивационных групп при повторном обследовании (вся выборка).

Оценка рейтинга тяжести употребления ПАВ с ВП в разных мотивационных группах свидетельствует, что при повторном обследовании выявилось гораздо большее число статистически значимых различий по сравнению с первичным обследованием. Из таблицы 159 видно, что при повторном обследовании мотивационные группы отличаются по 6 из 8 шкал. Сохранились различия, выявленные вначале исследования, а именно преобладание значения шкалы «Общественное поведение» у пациентов с СЭ и более высокие значения шкал «Психическая адаптация/психопатология» и «Употребление наркотиков» в

группе КЭ. Кроме того, прибавились различия по шкалам «Физическое здоровье/болезнь», «Противоправные действия» и «Употребление алкоголя».

Таблица 159 – Рейтинг тяжести в зависимости от мотивационной группы при повторном обследовании (все пациенты)

шкалы	мотивы КЭ M±m	мотивы СЭ M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	4,86 ± 0,098	3,75 ± 0,080	0,001 *
Школьное обучение/занятость	6,46 ± 0,100	6,40 ± 0,121	0,340
Общественное поведение	3,85 ± 0,085	5,06 ± 0,105	0,000 *
Семейные взаимоотношения	6,15 ± 0,121	5,89 ± 0,159	0,192
Психическая адаптация/психопатология	6,55 ± 0,075	5,78 ± 0,090	0,001*
Противоправные действия	4,63 ± 0,106	5,48 ± 0,120	0,001*
Употребление наркотиков	5,39 ± 0,213	5,08 ± 0,158	0,002 *
Употребление алкоголя	2,44 ± 0,191	2,91 ± 0,230	0,030 *

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

В мотивационной группе СЭ выявлено достоверное преобладание средних значений шкал «Противоправные действия» и «Употребление алкоголя» ($p < 0,05$), а в группе КЭ – средних значений шкалы «Физическое здоровье/болезнь». Таким образом, у пациентов с мотивами КЭ при сохранении большей выраженности употребления ПАВ и психопатологических последствий прибавились медицинские последствия. У пациентов с мотивами СЭ усугубились социально-юридические последствия злоупотребления ПАВ (помимо более высоких цифр шкалы «Общественное поведение» выявилось преобладание шкалы «Противоправные действия»), а также количественные значения сопутствующего употребления алкоголя (достоверное преобладание шкалы «Употребление алкоголя»). Указанные соотношения наглядно представлены на рисунке 34.

В таблице 160 представлены различия мотивационных групп у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП, при повторном обследовании.

Из таблицы 160 видно, что для пациентов подгруппы употребления опиоидов с ВП характерны те же различия мотивационных групп, что и для всей выборки пациентов в целом.

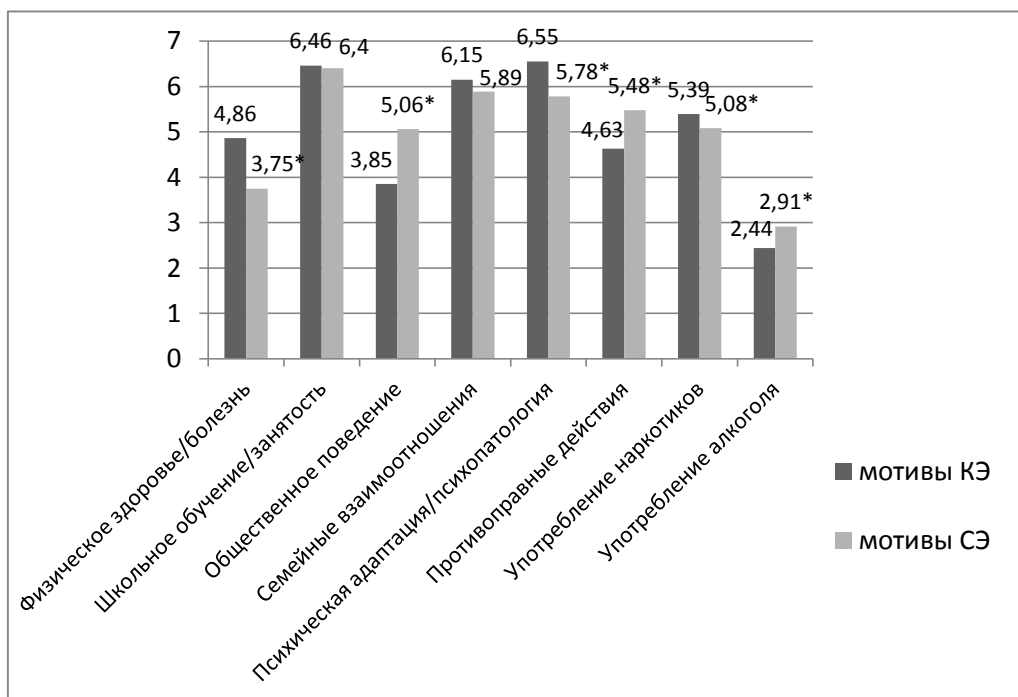


Рисунок 34. Рейтинг тяжести употребления ПАВ у пациентов с разными аддиктивными мотивами при повторном обследовании.

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

Таблица 160 – Рейтинг тяжести в зависимости от мотивационной группы при повторном обследовании (употребление опиоидов с ВП)

шкалы	мотивы КЭ M±m	мотивы СЭ M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	4,32 ± 0,129	3,53 ± 0,118	0,001 *
Школьное обучение/занятость	5,74 ± 0,179	5,41 ± 0,143	0,107
Общественное поведение	4,72 ± 0,138	5,78 ± 0,145	0,001 *
Семейные взаимоотношения	4,43 ± 0,125	4,29 ± 0,123	0,507
Психическая адаптация/психопатология	5,68 ± 0,137	5,20 ± 0,133	0,045 *
Противоправные действия	5,64 ± 0,139	6,52 ± 0,182	0,023 *
Употребление наркотиков	7,72 ± 0,217	6,96 ± 0,194	0,018 *
Употребление алкоголя	1,52 ± 0,128	2,30 ± 0,202	0,041 *

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

В таблице 161 представлены различия мотивационных групп у пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП, при повторном обследовании. Из таблицы 161 видно, что у пациентов с употреблением летучих растворителей с

ВП по сравнению с выборкой в целом отмечалось достоверно более высокое среднее значение шкалы «Семейные взаимоотношения» в группе мотивов КЭ.

Таблица 161 – Рейтинг тяжести в зависимости от мотивационной группы при повторном обследовании (употребление летучих растворителей с ВП)

шкалы	мотивы КЭ M±m	мотивы СЭ M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	5,44 ± 0,126	4,05 ± 0,150	0,001 *
Школьное обучение/занятость	7,20 ± 0,105	7,15 ± 0,147	0,623
Общественное поведение	3,21 ± 0,093	4,45 ± 0,206	0,001 *
Семейные взаимоотношения	7,84 ± 0,083	7,32 ± 0,098	0,002 *
Психическая адаптация/психопатология	7,23 ± 0,095	6,32 ± 0,145	0,001 *
Противоправные действия	3,83 ± 0,118	4,55 ± 0,204	0,004 *
Употребление наркотиков	5,12 ± 0,110	4,34 ± 1,157	0,005 *
Употребление алкоголя	1,45 ± 0,141	2,79 ± 0,138	0,001 *

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

В таблице 162 представлены различия мотивационных групп у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, при повторном обследовании. Пациенты подгруппы употребления алкоголя с ВП по сравнению с выборкой в целом имеют схожие различия большинства шкал («Физическое здоровье/болезнь», «Общественное поведение», «Психическая адаптация/психопатология» и «Противоправные действия»). В отличие от выборки в целом в группе КЭ преобладали средние значения шкал «Употребление наркотиков» и «Употребление алкоголя».

В таблице 163 представлены различия мотивационных групп у пациентов подгруппы употребления стимуляторов с ВП при повторном обследовании. Из таблицы 163 видно, что у пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП, были схожие с другими подгруппами различия мотивационных групп. Отличие состояло в отсутствии статистически достоверной разницы мотивационных групп по шкале «Употребление алкоголя».

Таблица 162 – Рейтинг тяжести в зависимости от мотивационной группы при повторном обследовании (употребление алкоголя с ВП)

шкалы	мотивы КЭ M±m	мотивы СЭ M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	4,74 ± 0,202	3,80 ± 0,173	0,016 *
Школьное обучение/занятость	6,79 ± 0,214	7,05 ± 0,245	0,608
Общественное поведение	3,69 ± 0,180	4,65 ± 0,230	0,006 *
Семейные взаимоотношения	5,86 ± 0,145	5,95 ± 0,211	0,747
Психическая адаптация/психопатология	6,89 ± 0,177	6,50 ± 0,131	0,002 *
Противоправные действия	4,00 ± 0,207	4,80 ± 0,195	0,019 *
Употребление наркотиков	1,81 ± 0,137	1,05 ± 0,224	0,029 *
Употребление алкоголя	7,50 ± 0,176	6,50 ± 0,130	0,032 *

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

Таблица 163 – Рейтинг тяжести в зависимости от мотивационной группы при повторном обследовании (употребление стимуляторов с ВП)

шкалы	мотивы КЭ M±m	мотивы СЭ M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	4,34 ± 0,341	3,30 ± 0,218	0,015 *
Школьное обучение/занятость	5,76 ± 0,382	5,63 ± 0,131	0,451
Общественное поведение	4,29 ± 0,242	5,07 ± 0,193	0,008 *
Семейные взаимоотношения	6,00 ± 0,254	6,07 ± 0,260	0,783
Психическая адаптация/психопатология	6,35 ± 0,170	5,33 ± 0,288	0,037 *
Противоправные действия	5,61 ± 0,218	6,43 ± 0,305	0,035 *
Употребление наркотиков	6,61 ± 0,158	5,87 ± 0,174	0,045 *
Употребление алкоголя	0,53 ± 0,224	1,00 ± 0,389	0,382

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

Таким образом, обобщая результаты повторного обследования пациентов разных мотивационных групп, можно сказать, что в динамике пациенты с мотивами КЭ и СЭ продемонстрировали еще большие различия по сравнению с наблюдаемыми при первичном обследовании. Указанное касается как выборки в целом, так подгрупп употребления отдельных ПАВ с ВП, в которых были выявлены схожие закономерности. Они заключаются в более высоких значениях употребления наркотиков у пациентов с мотивами КЭ и преобладании у этих пациентов психопатологических и медицинских последствий злоупотребления. У пациентов с мотивами СЭ преобладали социально-юридические последствия

употребления наркотиков и количественные показатели сопутствующего употребления алкоголя. Отличия от других подгрупп выявились у пациентов с употреблением летучих растворителей с ВП. У них были более выраженные показатели семейной дезадаптации в группе КЭ. Также отличались от других и пациенты, употребляющие стимуляторы с ВП. Но у них отсутствовали различия в сопутствующем употреблении алкоголя в разных мотивационных группах.

Исследование рейтинга тяжести употребления ПАВ в динамике. В таблице 164 представлены данные о статистическом различии рейтинга тяжести мотивационных групп в динамике.

Таблица 164 – Динамика рейтинга тяжести употребления ПАВ в разных мотивационных группах

шкалы	обсле- дова- ние	мотивы КЭ M±m	t, p	мотивы СЭ M±m	t, p
Физическое здоровье/болезнь	первичное	2,92 ± 0,071	t=-17,846	2,85±0,065	t=-14,137
	повторное	4,86 ± 0,098	p=0,001*	3,75±0,080	p=0,001*
Школьное обучение/занятость	первичное	5,92 ± 0,090	t=-14,755	5,79±0,108	t=-4,453
	повторное	6,46 ± 0,100	p=0,001*	6,40±0,121	p=0,001*
Общественное поведение	первичное	3,44 ± 0,077	t=-6,870	4,13±0,092	t=-15,138
	повторное	3,85 ± 0,085	p=0,001*	5,06±0,105	p=0,001*
Семейные взаимоотношения	первичное	5,63 ± 0,124	t=-4,610	5,51±0,169	t=-12,113
	повторное	6,15 ± 0,121	p=0,001*	5,89±0,159	p=0,001*
Психическая адап./ психопатология	первичное	5,94 ± 0,076	t=-15,558	5,27±0,085	t=-5,564
	повторное	6,55 ± 0,075	p=0,001*	5,78±0,090	p=0,001*
Противоправные действия	первичное	4,31 ± 0,104	t=-7,026	4,37±0,120	t=-18,975
	повторное	4,63 ± 0,106	p=0,001*	5,48±0,120	p=0,001*
Употребление наркотиков	первичное	4,53 ± 0,159	t=-15,539	4,34±0,085	t=-7,311
	повторное	5,39 ± 0,213	p=0,001*	5,08±0,158	p=0,001*
Употребление алкоголя	первичное	2,99 ± 0,142	t=4,459	3,10±0,176	t=2,805
	повторное	2,44 ± 0,191	p=0,001*	2,91±0,230	p=0,001*

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

Из таблицы 164 видно, что динамика состояния пациентов характеризуется достоверным увеличением рейтинга тяжести по всем шкалам, кроме «Употребление алкоголя», по которой отмечено достоверное снижение средних значений как в группе с мотивами КЭ, так и в группе с мотивами СЭ. Таким

образом, мы видим нарастание тяжести употребления ПАВ и их последствий и снижение сопутствующего употребления алкоголя. Указанные соотношения наглядно представлены на рисунках 35 и 36.

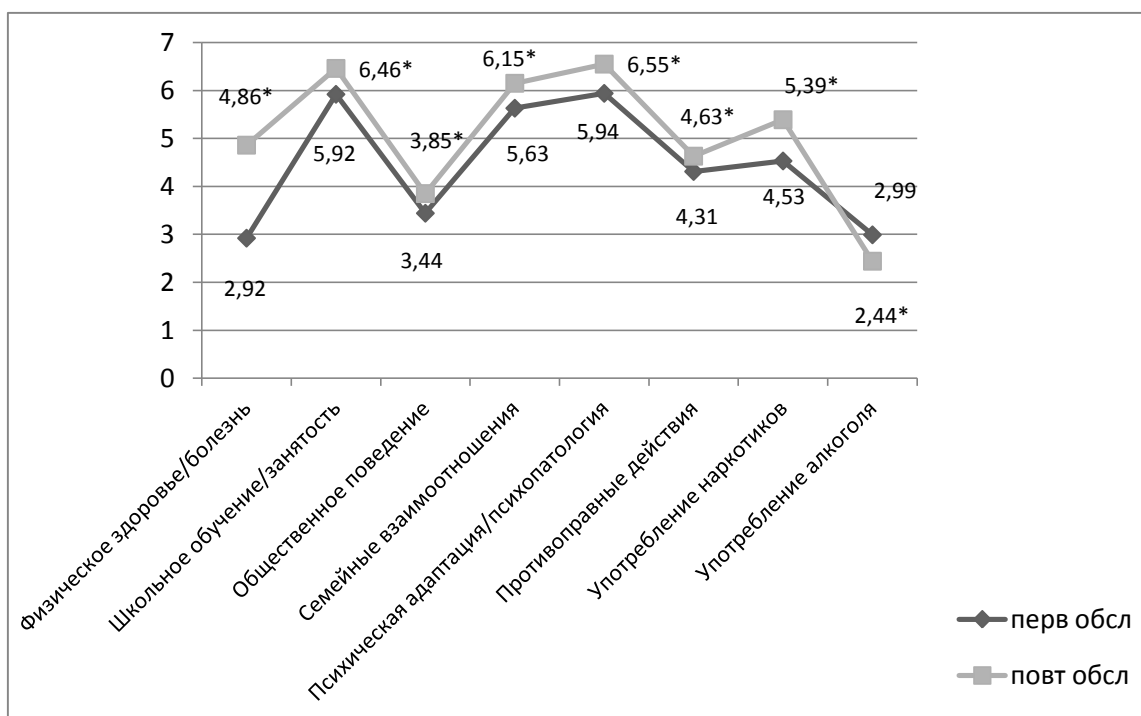


Рисунок 35. Динамика рейтинга тяжести употребления ПАВ у пациентов с мотивами КЭ.

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

В таблице 165 представлены данные о статистическом различии рейтинга тяжести мотивационных групп в динамике у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП. Из таблицы 165 видно, что динамика состояния пациентов характеризуется достоверным увеличением рейтинга тяжести по всем шкалам. Исключение составила шкала «Употребление алкоголя», по которой отмечено достоверное снижение средних значений в обеих мотивационных группах.

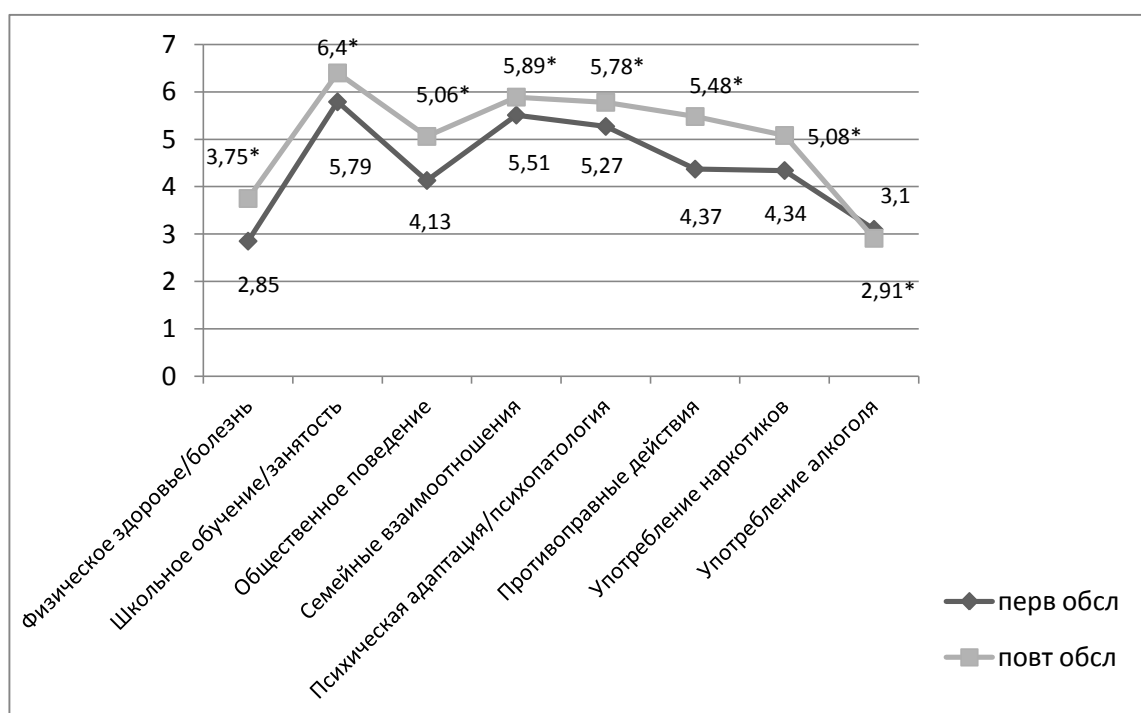


Рисунок 36. Динамика рейтинга тяжести употребления ПАВ у пациентов с мотивами СЭ.

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

Таблица 165 – Динамика рейтинга тяжести употребления ПАВ в разных мотивационных группах (пациенты подгруппы употребления опиоидов с ВП)

шкалы	обсле-дование	мотивы КЭ M±m	t, p	мотивы СЭ M±m	t, p
Физическое здоровье/болезнь	первичное	2,70 ± 0,111	t=-13,294	2,44±0,085	t=-16,534
	повторное	4,32 ± 0,129	p=0,001*	3,53±0,118	p=0,001*
Школьное обучение/занятость	первичное	4,91 ± 0,114	t=-7,549	4,88±0,113	t=-3,123
	повторное	5,74 ± 0,179	p=0,001*	5,41±0,143	p=0,001*
Общественное поведение	первичное	4,52 ± 0,121	t=-3,286	4,70±0,129	t=-10,000
	повторное	4,72 ± 0,138	p=0,001*	5,78±0,145	p=0,001*
Семейные взаимоотношения	первичное	3,74 ± 0,120	t=-3,508	3,69±0,113	t=-8,055
	повторное	4,43 ± 0,125	p=0,001*	4,29±0,123	p=0,001*
Психическая адап./ психопатология	первичное	5,21 ± 0,118	t=-8,466	4,48±0,147	t=-3,611
	повторное	5,68 ± 0,137	p=0,001*	5,20±0,133	p=0,001*
Противоправные действия	первичное	5,51 ± 0,124	t=-2,685	5,42±0,099	t=-10,316
	повторное	5,64 ± 0,139	p=0,001*	6,52±0,182	p=0,001*

Продолжение таблицы 165

Употребление наркотиков	первичное	6,55 ± 0,113	t=-14,647	5,78±0,108	t=-7,974
	повторное	7,72 ± 0,217	p=0,001*	6,96±0,194	p=0,001*
Употребление алкоголя	первичное	2,60 ± 0,141	t=7,576	2,92±0,117	t=4,893
	повторное	1,52 ± 0,128	p=0,001*	2,30±0,202	p=0,001*

Примечание: t – критерий t-Стьюдента для зависимых выборок;

* – различия статистически достоверны по критерию t-Стьюдента.

В таблице 166 представлены данные о статистическом различии рейтинга тяжести мотивационных групп в динамике у пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП. Из таблицы 166 видно, что со временем отмечалось возрастание средних значений большинства шкал. Исключение составила шкала «Употребление алкоголя» у пациентов с мотивами КЭ, где отмечено достоверное снижение рейтинга тяжести.

Таблица 166 – Динамика рейтинга тяжести употребления ПАВ в разных мотивационных группах (пациенты подгруппы употребления летучих растворителей с ВП)

шкалы	обсле-дование	мотивы КЭ M±m	t, p	мотивы СЭ M±m	t, p
Физическое здоровье/болезнь	первичное	3,42 ± 0,106	t=-19,171	3,13±0,129	t=-12,159
	повторное	5,44 ± 0,126	p=0,001*	4,05±0,150	p=0,001*
Школьное обучение/занятость	первичное	6,71 ± 0,097	t=-11,597	6,53±0,163	t=-2,484
	повторное	7,20 ± 0,105	p=0,001*	7,15±0,147	p=0,001*
Общественное поведение	первичное	2,92 ± 0,079	t=-4,313	3,32±0,108	t=-8,058
	повторное	3,21 ± 0,093	p=0,001*	4,45±0,206	p=0,001*
Семейные взаимоотношения	первичное	7,19 ± 0,081	t=-2,040	7,29±0,142	t=-6,886
	повторное	7,84 ± 0,083	p=0,001*	7,32±0,098	p=0,001*
Психическая адаптация/ Психопатология	первичное	6,44 ± 0,132	t=-10,489	5,71±0,121	t=-3,672
	повторное	7,23 ± 0,095	p=0,001*	6,32±0,145	p=0,001*
Противоправные действия	первичное	3,25 ± 0,091	t=-5,372	3,49±0,180	t=-13,047
	повторное	3,83 ± 0,118	p=0,001*	4,55±0,204	p=0,001*
Употребление наркотиков	первичное	4,39 ± 0,101	t=-10,715	3,62±0,130	t=-2,775
	повторное	5,12 ± 0,110	p=0,001*	4,34±1,157	p=0,001*
Употребление алкоголя	первичное	2,25 ± 0,076	t=7,044	2,44±0,095	t=-2,031
	повторное	1,45 ± 0,141	p=0,001*	2,79±0,138	p=0,001*

Примечание: t – критерий t-Стьюдента для зависимых выборок;

* – различия статистически достоверны по критерию t-Стьюдента.

В таблице 167 представлены данные о различии рейтинга тяжести мотивационных групп в динамике у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП. Из таблицы 167 видно, что по всем шкалам, кроме «Употребление наркотиков» в группе с мотивами СЭ, отмечалось достоверное увеличение рейтинга тяжести.

Таблица 167 – Динамика рейтинга тяжести употребления ПАВ в разных мотивационных группах (пациенты подгруппы употребления алкоголя с ВП)

шкалы	обсле- дова- ние	мотивы КЭ M±m	t, p	мотивы СЭ M±m	t, p
Физическое здоровье/болезнь	первичное	3,14 ± 0,156	t=-11,977	2,60±0,143	t=-9,154
	повторное	4,74 ± 0,202	p=0,001*	3,80±0,173	p=0,001*
Школьное обучение/занятость	первичное	6,29 ± 0,188	t=-6,008	6,65±0,234	t=-2,369
	повторное	6,79 ± 0,214	p=0,001*	7,05±0,245	p=0,011*
Общественное поведение	первичное	3,03 ± 0,139	t=-4,192	3,54±0,146	t=-8,367
	повторное	3,69 ± 0,180	p=0,001*	4,65±0,230	p=0,001*
Семейные взаимоотношения	первичное	5,54 ± 0,154	t=-1,803	5,50±0,201	t=-4,564
	повторное	5,86 ± 0,145	p=0,001*	5,95±0,211	p=0,001*
Психическая адаптация/ психопатология	первичное	6,46 ± 0,107	t=-5,750	5,80±0,144	t=-2,169
	повторное	6,89 ± 0,177	p=0,001*	6,50±0,131	p=0,042*
Противоправные действия	первичное	3,32 ± 0,153	t=-3,698	3,65±0,131	t=-9,024
	повторное	4,00 ± 0,207	p=0,001*	4,80±0,195	p=0,001*
Употребление наркотиков	первичное	1,43 ± 0,140	t=-2,412	1,15±0,174	t=1,535
	повторное	1,81 ± 0,137	p=0,016*	1,05±0,224	p=0,190
Употребление алкоголя	первичное	6,14 ± 0,111	t=-12,490	5,65±0,130	t=-3,970
	повторное	7,50 ± 0,176	p=0,001*	6,50±0,130	p=0,001*

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

В таблице 168 представлены данные о различии рейтинга тяжести мотивационных групп в динамике у пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП. Из таблицы 168 видно, что по всем шкалам, кроме «Употребление алкоголя», отмечалось достоверное увеличение рейтинга тяжести как в группе с мотивами КЭ, так и в группе с мотивами СЭ. По шкале «Употребление алкоголя» отмечено достоверное снижение средних значений в обеих мотивационных группах.

Таблица 168 – Динамика рейтинга тяжести употребления ПАВ в разных мотивационных группах (пациенты подгруппы употребления стимуляторов с ВП)

шкалы	обсле- дова- ние	мотивы КЭ M±m	t, p	мотивы СЭ M±m	t, p
Физическое здоровье/болезнь	первичное	2,46 ± 0,193	t=-9,977	2,30±0,149	t=-9,381
	повторное	4,34 ± 0,341	p=0,001*	3,30±0,218	p=0,001*
Школьное обучение/занятость	первичное	5,24 ± 0,223	t=-6,008	5,13±0,139	t=-2,483
	повторное	5,76 ± 0,382	p=0,001*	5,63±0,131	p=0,001*
Общественное поведение	первичное	3,84 ± 0,198	t=-4,192	4,63±0,207	t=-4,180
	повторное	4,29 ± 0,242	p=0,001*	5,07±0,193	p=0,001*
Семейные взаимоотношения	первичное	5,76 ± 0,258	t=-2,803	5,60±0,241	t=-5,745
	повторное	6,00 ± 0,254	p=0,001*	6,07±0,260	p=0,001*
Психическая адаптация/ психопатология	первичное	5,82 ± 0,062	t=-5,750	4,93±0,256	t=-2,240
	повторное	6,35 ± 0,170	p=0,001*	5,33±0,288	p=0,022*
Противоправные действия	первичное	5,45 ± 0,223	t=-2,698	5,63±0,325	t=-5,613
	повторное	5,61 ± 0,218	p=0,001*	6,43±0,305	p=0,001*
Употребление наркотиков	первичное	5,69 ± 0,171	t=-3,412	5,10±0,288	t=-2,345
	повторное	6,61 ± 0,158	p=0,001*	5,87±0,174	p=0,014*
Употребление алкоголя	первичное	1,59 ± 0,151	t=7,490	2,80±0,188	t=6,557
	повторное	0,53 ± 0,224	p=0,001*	1,00±0,389	p=0,001*

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

Таким образом, результаты клинико-динамического изучения рейтинга тяжести употребления ПАВ с ВП в разных мотивационных группах позволяют сделать следующие выводы:

1) для пациентов с мотивами коррекции эмоционально-негативного состояния при больших количественных показателях употребления ПАВ более характерны психопатологические последствия. У пациентов с мотивами стимуляции эмоционально-позитивного состояния в большинстве случаев преобладают социально-юридические последствия. В аспекте влияния на школьное обучение/занятость и семейные взаимоотношения между разными мотивационными группами различий не обнаружено, т. е. различные мотивы употребления ПАВ оказывают схожее влияние на образовательный и семейный аспекты жизни пациентов.

2) Выявленная закономерность в целом характерна для употребления разных ПАВ с ВП. Исключение составляют пациенты, употребляющие опиоиды с ВП и летучие растворители с ВП, у которых не отмечено преобладания социально-юридических последствий в той или иной мотивационной группе. Кроме того, пациенты подгруппы употребления стимуляторов с ВП с мотивами стимуляции эмоционально-позитивного состояния отличаются более выраженными количественными показателями сопутствующего употребления алкоголя.

3) обнаруженные при первичном обследовании различия между мотивационными группами при дальнейшем клинико-динамическом наблюдении сохраняются. Однако к ним добавляются отличия по части последствий для физического здоровья, противоправного поведения и сопутствующего употребления алкоголя. В группе мотивов КЭ преобладают медицинские последствия, в группе мотивов СЭ более выражено противоправное поведение и сопутствующее употребление алкоголя. Таким образом, в динамике у пациентов группы КЭ выявляются большие психопатологические и медицинские последствия употребления. Для пациентов группы СЭ в динамике характерно нарастание социально-юридических последствий и увеличение количественных показателей сопутствующего употребления алкоголя. Указанное касается как выборки в целом, так и подгрупп с употреблением разных ПАВ, у которых были выявлены схожие закономерности. Кроме того, пациенты, употребляющие летучие растворители с ВП с мотивами КЭ отличаются от других подгрупп более выраженными показателями семейной дезадаптации.

4) Динамика рейтинга тяжести употребления ПАВ, выявленная в сопоставлении цифр первичного и повторного обследования, в обеих мотивационных группах характеризуется нарастанием количественных характеристик употребления ПАВ и их последствий. Исключение составляет рейтинг тяжести употребления алкоголя, который в динамике в обеих мотивационных группах снижается (кроме подгруппы пациентов, употребляющих алкоголь с ВП и пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП с

мотивами СЭ). Таким образом, состояние пациентов обеих мотивационных групп характеризуется нарастанием тяжести употребления ПАВ и их последствий и, как правило, снижением сопутствующего употребления алкоголя.

8.5. Связь аддиктивных мотивов с адаптационной системой личности пациентов

Механизмы психологической защиты и мотивационные группы.

Средние значения механизмов психологической защиты пациентов с мотивами КЭ и СЭ при первичном и повторном обследовании представлены в таблице 169.

Таблица 169 – Механизмы психологической защиты у пациентов с разными аддиктивными мотивами (первичное и повторное обследование)

механизмы психологической защиты	обследование	мотивы КЭ M±m	мотивы СЭ M±m	p
Отрицание	первичное	78,21 ± 1,665	78,94 ± 1,656	0,448
	повторное	76,15 ± 1,218	83,23 ± 1,353	0,026 *
Вытеснение	первичное	77,58 ± 1,864	73,76 ± 2,771	0,442
	повторное	78,42 ± 1,541	72,67 ± 1,621	0,200
Регрессия	первичное	84,09 ± 0,687	71,48 ± 2,891	0,001 *
	повторное	91,40 ± 1,511	61,34 ± 2,728	0,001 *
Компенсация	первичное	80,17 ± 1,743	67,91 ± 2,636	0,001 *
	повторное	82,18 ± 1,534	63,07 ± 1,555	0,001 *
Проекция	первичное	69,85 ± 2,084	63,11 ± 2,649	0,028 *
	повторное	74,91 ± 1,680	55,39 ± 1,552	0,001 *
Замещение	первичное	87,42 ± 0,346	65,83 ± 2,406	0,001 *
	повторное	95,99 ± 1,582	51,48 ± 1,484	0,001 *
Интеллектуализация	первичное	65,64 ± 2,110	66,70 ± 2,070	0,854
	повторное	65,58 ± 1,487	66,51 ± 1,511	0,671
Реактивные образования	первичное	71,99 ± 2,080	73,34 ± 2,857	0,659
	повторное	75,13 ± 1,649	67,76 ± 1,627	0,031 *
Сумма МПЗ	первичное	52,06 ± 0,736	46,60 ± 1,037	0,000 *
	повторное	55,04 ± 0,694	42,17 ± 0,492	0,000 *

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

Из таблицы 169 видно, что при первичном обследовании между разными мотивационными группами были достоверные различия по четырем из восьми типов МПЗ. Средние значения МПЗ «регрессия», «компенсация», «проекция» и «замещение» оказались достоверно выше в группе мотивов КЭ. Показатель общей напряженности психологических механизмов (сумма сырых баллов шкал «Индекса жизненного стиля») был достоверно выше у пациентов с мотивами КЭ. Указанные соотношения наглядно представлены на рисунке 37.

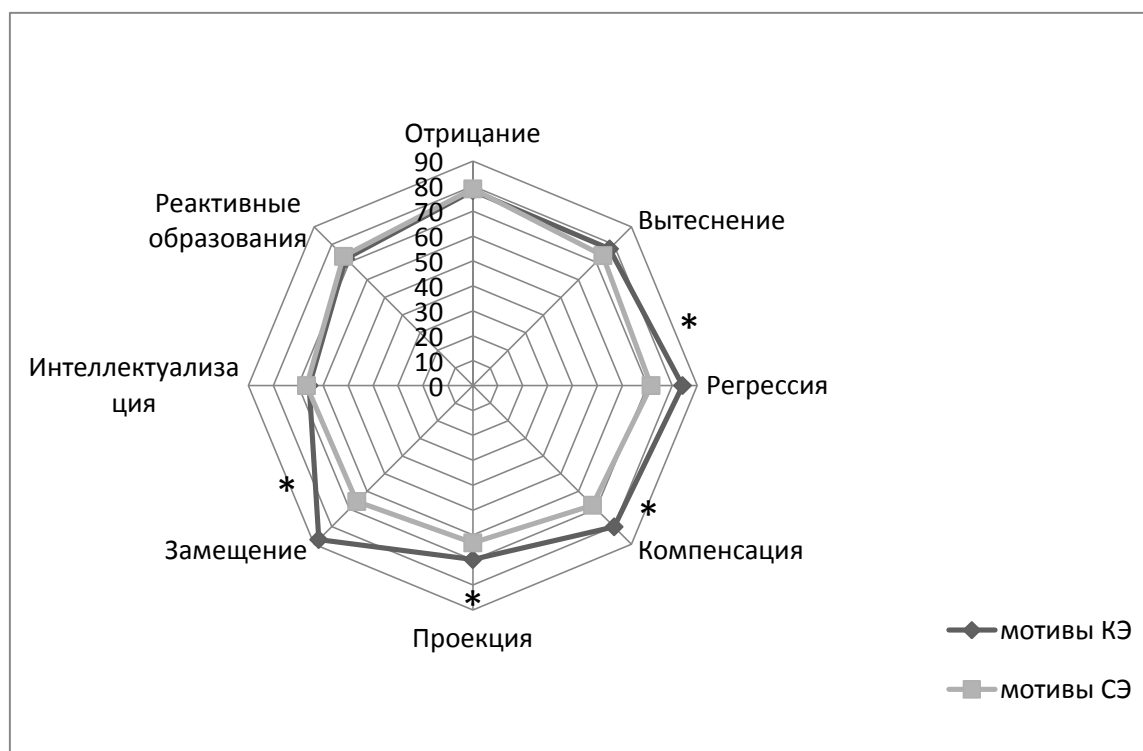


Рисунок 37. Механизмы психологической защиты у пациентов с разными аддиктивными мотивами (первичное обследование).

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

При повторном обследовании выявились статистически достоверные различия между мотивационными группами уже по шести из восьми типов МПЗ. Средние значения МПЗ «регрессия», «компенсация», «проекция», «замещение» и «реактивные образования» оказались достоверно выше в группе мотивов КЭ.

Среднее значение МПЗ «отрицание» было выше у пациентов с мотивами СЭ. Показатель общей напряженности психологических механизмов был достоверно выше у пациентов с КЭ. Таким образом, различия, выявленные при первичном обследовании, усилились. Указанные соотношения наглядно представлены на рисунке 38.

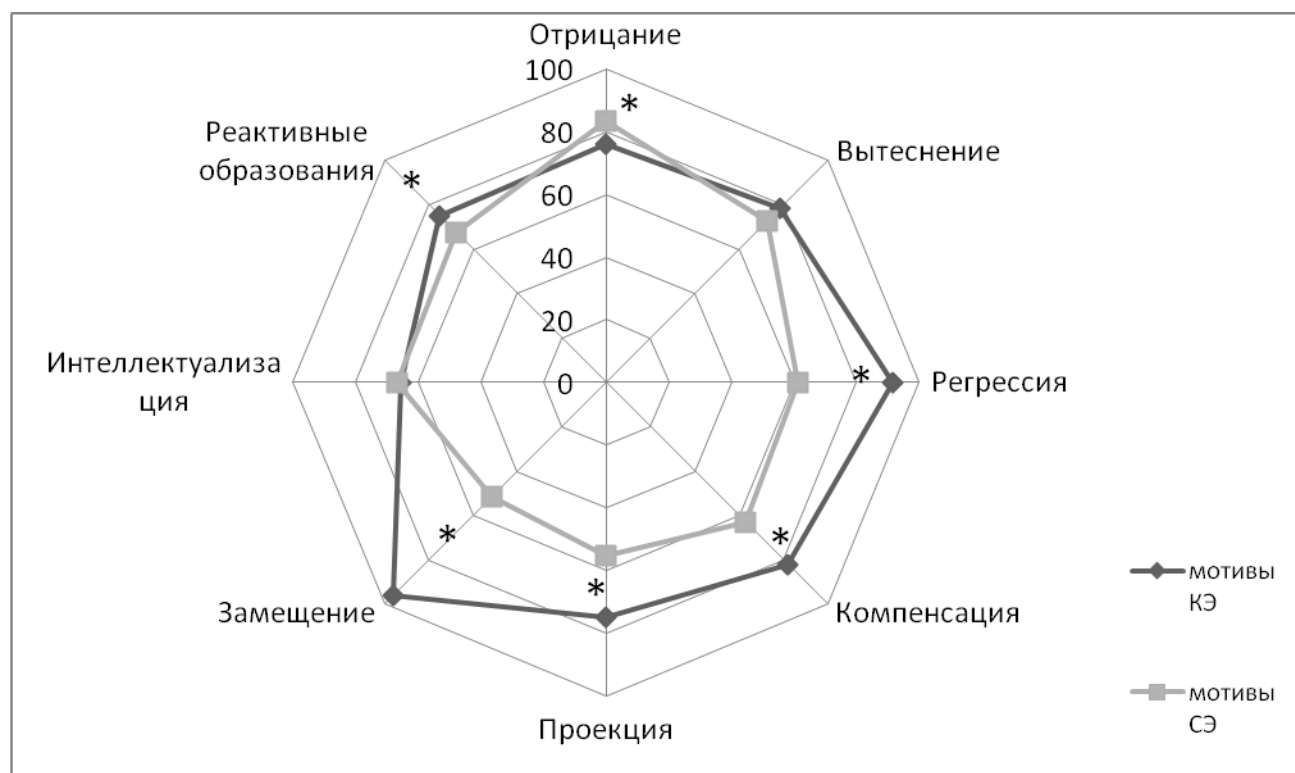


Рисунок 38. Механизмы психологической защиты у пациентов с разными аддиктивными мотивами (повторное обследование).

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

Указанное свидетельствует о том, что в динамике отличия между мотивационными группами по характеристикам профиля защитного поведения увеличиваются, что, по-видимому, отражает различия в тяжести течения заболевания и его прогнозе у пациентов разных мотивационных групп.

Очевидно, что более низкие значения таких МПЗ, как «регрессия» и «замещение» и более низкие цифры общей напряженности МПЗ у пациентов с мотивами стимуляции эмоционально-позитивного состояния указывают на более благоприятный профиль защитного поведения у пациентов в целом.

В то же время следует обратить внимание на преобладание у пациентов с мотивами стимуляции эмоционально-позитивного состояния незрелого типа МПЗ «отрицание». Данная тенденция является стойкой, сохраняющейся и при повторном обследовании. Указанное свидетельствует о том, что, несмотря на в целом более благоприятный профиль механизмов защит у пациентов с мотивами СЭ, следует говорить о противоречивом характере защитного поведения рассматриваемой группы, включающем в себя сложное сочетание как зрелых адаптивных механизмов защиты, так и слабых, примитивных ее разновидностей.

Типы совладающего поведения и мотивационные группы. Средние значения типов совладающего поведения пациентов с мотивами КЭ и СЭ при первичном и повторном обследовании представлены в таблице 170.

Таблица 170 – Типы совладающего поведения у пациентов с разными аддиктивными мотивами (первичное и повторное обследование)

типы совладающего поведения	обследование	мотивы КЭ M±m	мотивы СЭ M±m	p
Конфронтация	первичное	58,19 ± 1,244	58,34 ± 1,028	0,552
	повторное	58,80 ± 0,826	57,41 ± 0,518	0,081
Дистанцирование	первичное	59,92 ± 0,656	55,70 ± 0,961	0,043 *
	повторное	60,97 ± 0,580	54,34 ± 0,567	0,001 *
Самоконтроль	первичное	50,98 ± 0,723	48,60 ± 0,731	0,037 *
	повторное	52,37 ± 0,539	46,59 ± 0,521	0,001 *
Поиск социальной поддержки	первичное	50,47 ± 0,811	50,19 ± 1,224	0,955
	повторное	47,78 ± 0,672	52,20 ± 0,492	0,009 *
Принятие ответственности	первичное	52,88 ± 0,737	50,62 ± 1,044	0,145
	повторное	49,77 ± 0,625	52,78 ± 0,520	0,020 *
Бегство-избегание	первичное	61,28 ± 0,762	55,34 ± 0,916	0,001 *
	повторное	63,91 ± 0,669	51,79 ± 0,543	0,001 *
Планирование решения проблемы	первичное	47,07 ± 0,835	49,01 ± 0,802	0,529
	повторное	44,93 ± 0,601	51,78 ± 0,524	0,001 *
Положительная переоценка	первичное	49,05 ± 0,712	48,13 ± 0,837	0,212
	повторное	47,17 ± 0,540	49,63 ± 0,547	0,082

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

Из таблицы 170 видно, что в группе мотивов КЭ выявлены достоверно более высокие средние значения типов совладания «дистанцирование»,

«самоконтроль» и «бегство-избегание». Указанные соотношения наглядно представлены на рисунке 39.

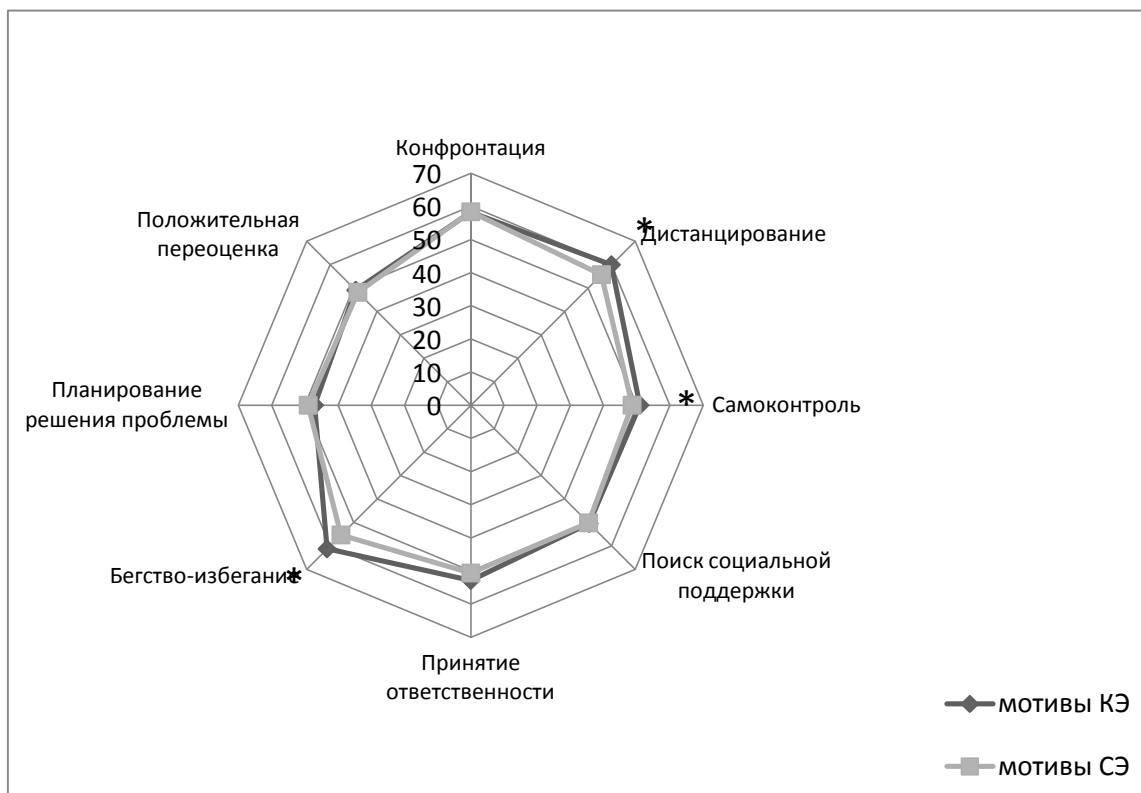


Рисунок 39. Типы совладающего поведения у пациентов с разными аддиктивными мотивами (первичное обследование).

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

При повторном обследовании выявились статистически достоверные различия между мотивационными группами уже по шести из восьми типов ТСП. У пациентов с мотивами КЭ отмечались достоверно более высокие средние значения типов совладания «дистанцирование», «самоконтроль», «бегство-избегание». У пациентов с мотивами СЭ отмечались достоверно более высокие средние значения типов совладания «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности» и «планирование решения проблемы». Указанные соотношения наглядно представлены на рисунке 40.

Выявленные закономерности говорят о более конструктивном характере совладающего поведения пациентов с мотивами СЭ, включающем более

адаптивные способы совладания и, соответственно, о менее адаптивном характере совладающего поведения пациентов с мотивами КЭ. Исключением из выявленной закономерности является группа КЭ, где преобладает тип совладания «самоконтроль», относящийся к конструктивным типам, и группа СЭ, где выше значение ТСП «принятие ответственности», относящегося к относительно конструктивным «копингам».



Рисунок 40. Типы совладающего поведения у пациентов с разными аддиктивными мотивами (повторное обследование).

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

Обозначенная тенденция прослеживается как при первичном, так и при повторном обследовании. Более того, клинико-динамическое наблюдение позволяет говорить о нарастающем различии между мотивационными группами по критерию конструктивности совладающего поведения, что отражает отличие клинико-прогностических характеристик групп. Можно сказать, что в целом более адаптивный совладающий профиль группы СЭ включает в себя разные по конструктивности типы совладающего поведения, что делает неоднозначной оценку их роли в психологической адаптации пациентов.

ГЛАВА 9. ОЦЕНКА РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ В СЕМЬЯХ ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ И ПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

9.1. Сравнение родительского отношения матерей и отцов в полных и неполных семьях

Характеристика семейного статуса обследованных пациентов (девочки-подростки и мальчики-подростки) представлены в таблице 171. Оценка родительского отношения по методике «Подростки о родителях» [33] проводилась у 39 пациентов из полных семей и у 150 пациентов из неполных семей. Среди пациентов из неполных семей 111 чел. воспитывались только матерью, а 39 чел. – только отцом. Таким образом, удельный вес пациентов, воспитывающихся только отцом, был большой (20,6%).

Таблица 171 – Характеристика семейного статуса пациентов

тип семьи	девочки-подростки		мальчики-подростки		Всего	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
Полная	22	21,8	17	19,3	39	20,6
Неполная, в т. ч.:	79	78,2	71	80,7	150	79,4
- воспитание матерью	61	60,4	50	56,8	111	58,7
- воспитание отцом	18	17,8	21	23,9	39	20,6
Итого	101	100,0	88	100,0	189	100,0

Данные о нормальном распределении шкал опросника «Подростки о родителях» представлены в таблицах 389 и 390 (приложение 9.1). Из таблицы видно, что значения эксцесса и асимметрии по всем шкалам ниже 1. Это говорит о том, что выборка соответствует нормальному распределению и можно применять параметрические статистические методы для анализа данных.

Различия в оценке воспитательной позиции матерей и отцов у подростков из полных и неполных семей представлены в таблице 172, рисунках 41, 42.

Таблица 172 – Средние значения шкал теста «Подростки о родителях» у подростков, воспитывающихся в полных и неполных семьях

шкалы	полные семьи		p	неполные семьи		p
	оценка матери (n=39) M±m	оценка отца (n=39) M±m		оценка матери (n=111) M±m	оценка отца (n=39) M±m	
Позит. интерес	2,25±0,096	2,58±0,192	0,163	2,65±0,129	2,63±0,141	0,794
Директивность	3,82±0,086	3,33±0,151	0,022 *	3,17±0,136	4,08±0,156	0,001 *
Враждебность	4,33±0,078	4,00±0,114	0,207	4,04±0,088	4,13±0,128	0,736
Автономность	3,36±0,095	3,93±0,219	0,015 *	3,74±0,168	2,50±0,142	0,001 *
Непоследоват.	3,67±0,063	3,75±0,126	0,468	3,87±0,104	3,50±0,071	0,083
Фактор близости	2,00±0,085	2,33±0,141	0,221	2,13±0,108	2,25±0,140	0,354
Фактор критики	2,83±0,083	3,00±0,192	0,472	2,52±0,159	3,63±0,153	0,001 *

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

Из таблицы 172 видно, что в полных семьях при оценке подростками матерей наиболее высокие цифры получились по шкалам «Враждебность» (4,33±0,753), «Директивность» (3,82±1,155), «Непоследовательность» (3,67±0,630). Указанное сочетание характерно, согласно авторам методики «Подростки о родителях», враждебно-подавляющему типу отношений. При оценке отцов наиболее высокие цифры отмечены по шкалам «Враждебность» (4,00±1,092), «Автономность» (3,93±1,202), «Непоследовательность» (3,75±0,601), что также, согласно методике, соответствует враждебно-подавляющему типу семейных отношений. При этом различие между воспитательной позицией матерей и отцов в полных семьях заключается в достоверном преобладании показателей шкалы «Директивность» у матерей ($p < 0,05$) и достоверном преобладании показателей шкалы «Автономность» у отцов ($p < 0,05$). Полученные данные согласуются с литературными сообщениями, согласно которым стиль воспитания в семье наркозависимых характеризуется гиперэргической (директивной) позицией матери и безучастной (автономной) позицией отца [39].

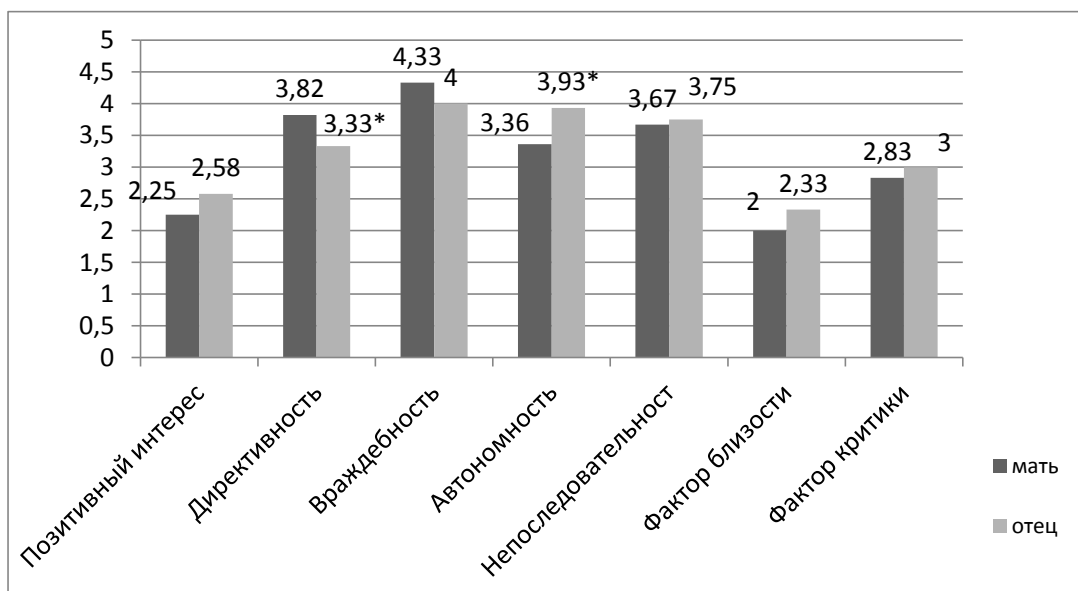


Рисунок 41. Средние значения шкал теста «Подростки о родителях» у подростков, воспитывающихся в полных семьях.

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

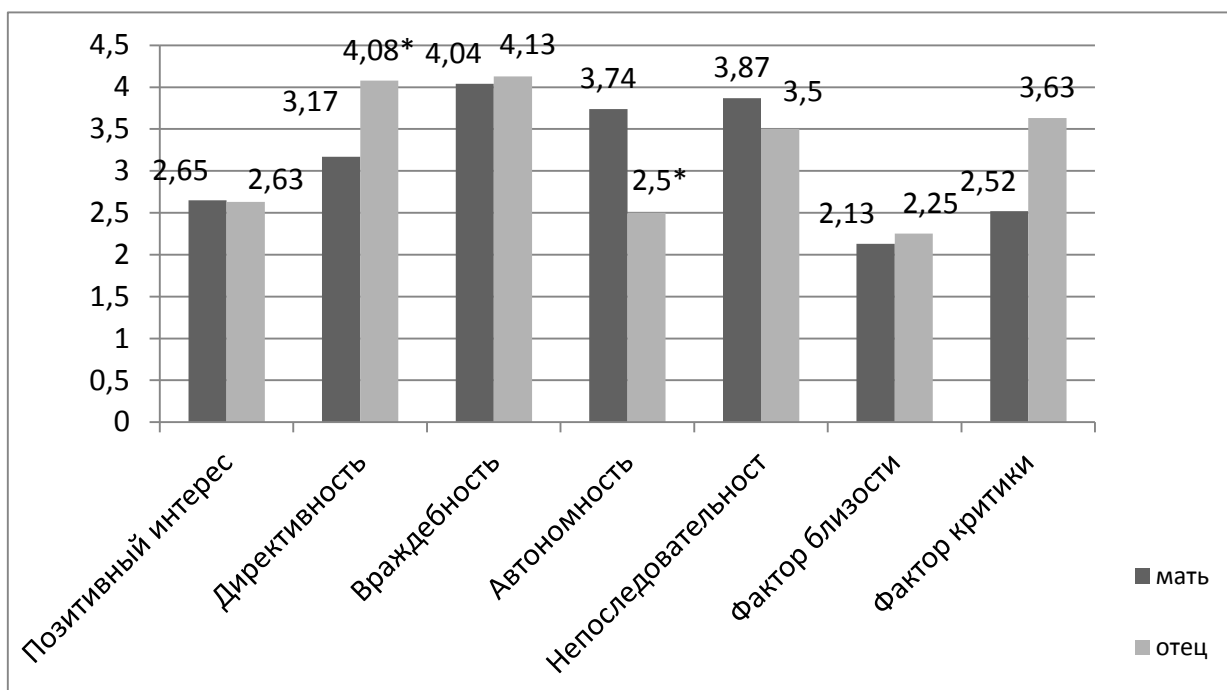


Рисунок 42. Средние значения шкал теста «Подростки о родителях» у подростков, воспитывающихся в неполных семьях.

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

В неполных семьях при воспитании подростка только матерью наиболее высокие цифры выявляются по шкалам «Враждебность» ($4,04 \pm 0,913$), «Непоследовательность» ($3,87 \pm 0,744$) и «Автономность» ($3,74 \pm 1,118$), при воспитании только отцом – по шкалам «Враждебность» ($4,13 \pm 0,793$), «Директивность» ($4,08 \pm 1,048$) и «Непоследовательность» ($3,50 \pm 0,880$). Таким образом, для неполных семей также типично враждебно-подавляющее родительское отношение, причем как для воспитывающих подростка в одиночестве матери, так и для воспитывающего подростка в одиночестве отца. Однако здесь мы видим достоверное преобладание у отцов над матерями показателя шкалы «Директивность» ($p < 0,005$) и фактора критики ($p < 0,005$), а у матерей достоверное преобладание шкалы «Автономность» ($p < 0,005$). Т. е. наблюдается ситуация, противоположная полным семьям, где отцы больше демонстрировали автономный стиль воспитания, а матери – директивный. Обобщая полученные результаты, можно сказать, что воспитывающие в одиночестве отцы демонстрируют 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 в отношении своих детей у отцов, воспитывающих детей в одиночестве.

Различия в оценке родительского отношения матерей и отцов у девочек-подростков из полных и неполных семей представлены в таблице 173.

При сравнении родительского отношения отца и матери к девочке-подростку в полных семьях выявлено (таблица 9.3), что для матерей по сравнению с отцами характерны достоверно более высокие показатели «Директивности» ($p < 0,05$) и «Враждебности» ($p < 0,005$) и более низкие – «Позитивного интереса» ($p < 0,05$), «Автономности» ($p < 0,005$), «Непоследовательности» ($p < 0,005$), фактора близости ($p < 0,005$) и фактора критики ($p < 0,05$). При этом стиль воспитания характеризовался уже как открыто-враждебный (наиболее высокие показатели «Враждебности» ($4,67 \pm 0,475$), «Директивности» ($3,83 \pm 1,076$) и «Автономности» ($2,62 \pm 0,940$)). У отцов в

полных семьях по отношению к девочкам-подросткам отмечен ранее описанный враждебно-подавляющий стиль (сочетание «Автономности» ($4,33 \pm 0,853$), «Враждебности» ($4,00 \pm 1,085$) и «Непоследовательности» ($3,75 \pm 0,598$)).

Таблица 173 – Средние значения шкал теста «Подростки о родителях» у девочек-подростков, воспитывающихся в полных и неполных семьях

шкалы	полные семьи		p	неполные семьи		p
	оценка матери (n=22) M $\pm$ m	оценка отца (n=22) M $\pm$ m		оценка матери (n=61) M $\pm$ m	оценка отца (n=18) M $\pm$ m	
Позитивный интерес	2,00 $\pm$ 0,150	2,33 $\pm$ 0,109	0,015 *	2,36 $\pm$ 0,117	2,71 $\pm$ 0,088	0,012 *
Директивность	3,44 $\pm$ 0,139	3,17 $\pm$ 0,120	0,017 *	3,18 $\pm$ 0,107	4,65 $\pm$ 0,140	0,010 *
Враждебность	4,67 $\pm$ 0,061	3,83 $\pm$ 0,099	0,001 *	4,18 $\pm$ 0,090	4,29 $\pm$ 0,088	0,133
Автономность	3,47 $\pm$ 0,099	4,11 $\pm$ 0,078	0,001 *	3,64 $\pm$ 0,110	2,71 $\pm$ 0,316	0,001 *
Непоследовательность	3,31 $\pm$ 0,118	3,83 $\pm$ 0,055	0,002 *	3,55 $\pm$ 0,063	3,35 $\pm$ 0,088	0,081
Фактор близости	1,67 $\pm$ 0,097	2,33 $\pm$ 0,108	0,001 *	1,91 $\pm$ 0,104	2,35 $\pm$ 0,117	0,004 *
Фактор критики	2,50 $\pm$ 0,180	2,83 $\pm$ 0,118	0,022 *	2,73 $\pm$ 0,109	3,59 $\pm$ 0,350	0,001 *

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

В неполных семьях по отношению к девочке-подростку у матерей наблюдался враждебно-подавляющий стиль, а у отцов – открыто-враждебный. При этом у девочек-подростков, воспитывающихся только матерями, достоверно преобладали средние значения шкалы «Автономность» ($p < 0,005$). У пациенток, воспитывающихся только отцами, были достоверно выше шкалы «Позитивный интерес» ($p < 0,05$), «Директивность» ($p < 0,005$), фактор близости ($p < 0,005$), т. е. также отмечалась противоположная ситуация по сравнению с полными семьями.

Различия в оценке воспитательной позиции матерей и отцов у мальчиков-подростков из полных и неполных семей представлены в таблице 174.

Таблица 174 – Средние значения шкал теста «Подростки о родителях» у мальчиков-подростков, воспитывающихся в полных и неполных семьях

шкалы	полные семьи		p	неполные семьи		p
	оценка матери (n=17) M±m	оценка отца (n=17) M±m		оценка матери (n=50) M±m	оценка отца (n=21) M±m	
Позитивный интерес	2,50±0,125	2,83±0,109	0,104	2,92±0,087	2,60±0,232	0,074
Директивность	4,19±0,061	3,50±0,120	0,001 *	3,17±0,082	3,73±0,057	0,011 *
Враждебность	4,00±0,106	4,17±0,099	0,383	3,92±0,079	4,00±0,128	0,717
Автономность	3,25±0,049	3,75±0,078	0,040 *	3,83±0,098	2,40±0,194	0,001 *
Непоследовательность	3,07±0,168	3,67±0,055	0,022 *	4,17±0,063	3,60±0,146	0,001 *
Фактор близости	2,33±0,123	2,25±0,108	0,752	2,33±0,078	2,20±1,167	0,284
Фактор критики	3,17±0,158	3,20±0,118	0,822	2,21±0,068	3,60±0,114	0,001 *

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

При сравнении воспитательной позиции отца и матери по отношению к мальчику-подростку в полной семье выявлено, что родительское отношение отцов к мальчикам в полных семьях отличается от материнского достоверным преобладанием шкал «Автономность» ($p < 0,05$) и «Непоследовательность» ($p < 0,05$) и меньшими показателями «Директивности» ($p < 0,005$). Стиль воспитания матерей характеризуется как открыто-враждебный («Директивность», «Враждебность», «Автономность»), а отцов — как враждебно-подавляющий («Враждебность», «Автономность» и «Непоследовательность»).

В неполных семьях у отцов по сравнению с матерями были достоверно выше показатели шкалы «Директивность» ($p < 0,05$) и ниже показатели шкал «Автономность» ($p < 0,005$) и «Непоследовательность» ($p < 0,005$). Стиль воспитания как у матерей, так и у отцов был враждебно-подавляющий.

Таким образом, отношение родителей к девочкам-подросткам и мальчикам-подросткам в полных и неполных семьях в целом характеризуется сходными

показателями. Отцы и матери в полных и неполных семьях демонстрируют противоположные воспитательные позиции.

Различия в оценке родительского отношения к дочерям и сыновьям в отдельности (полные семьи) представлены в таблице 175.

Таблица 175 – Различия в оценке отношения родителей к дочерям и сыновьям в отдельности (полные семьи)

шкалы	оценка отношения матери		р	оценка отношения отца		р
	к дочери (n=22) M±m	к сыну (n=17) M±m		к дочери (n=22) M±m	к сыну (n=17) M±m	
Позитивный интерес	2,00±0,121	2,50±0,094	0,035 *	2,33±0,146	2,83±0,168	0,092
Директивность	3,44±0,116	4,19±0,099	0,015 *	3,17±0,210	3,50±0,124	0,832
Враждебность	4,67±0,083	4,00±0,082	0,000 *	3,83±0,159	4,17±0,697	0,098
Автономность	3,47±0,127	3,25±0,117	0,325	4,11±0,228	3,75±0,163	0,018 *
Непоследовательность	3,31±0,071	3,47±0,082	0,562	3,83±0,092	3,67±0,096	0,354
Фактор близости	1,67±0,098	2,33±0,085	0,003 *	2,33±0,145	2,33±0,141	1,000
Фактор критики	2,50±0,123	3,17±0,097	0,037 *	2,83±0,228	3,17±0,121	0,404

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

Различия в оценке родительского отношения к дочерям и сыновьям в отдельности (неполные семьи) представлены в таблице 176.

Из таблиц 175 и 176 видно, что независимо от типа семьи (полная или неполная) у матерей к дочерям по сравнению с сыновьями были больше выражены значения «Агрессивности» и меньше значения «Позитивного отношения». У отцов к дочерям по сравнению с сыновьями, также независимо от типа семьи, больше среднее значение шкалы «Автономность».

Таким образом, такое явление, как негативное отношение к детям своего пола, в настоящем исследовании выявлено только у матерей.

Таблица 176 – Различия в оценке отношения родителей к дочерям и сыновьям в отдельности (неполные семьи)

шкалы	оценка отношения матери		р	оценка отношения отца		р
	к дочери (n=61) M±m	к сыну (n=50) M±m		к дочери (n=18) M±m	к сыну (n=21) M±m	
Позитивный интерес	2,36±0,195	2,92±0,162	0,001 *	2,71±0,211	2,60±0,180	0,414
Директивность	3,18±0,209	3,17±0,153	0,870	4,65±0,266	3,73±0,162	0,001 *
Враждебность	4,18±0,080	3,92±0,138	0,033 *	4,29±0,227	4,00±0,166	0,228
Автономность	3,64±0,247	3,83±0,320	0,238	2,91±1,795	2,40±0,151	0,042 *
Непоследовательность	3,55±0,131	4,17±0,162	0,000 *	3,35±0,116	3,60±0,080	0,261
Фактор близости	1,91±0,126	2,33±0,159	0,001 *	2,35±0,162	2,20±0,187	0,405
Фактор критики	2,73±0,234	2,21±0,205	0,001 *	3,59±0,247	3,60±0,180	0,325

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

Различия в оценке родительского отношения в полных и неполных семьях (девочки-подростки) представлены в таблице 177. Из таблицы 177 видно, что в полных семьях по сравнению с неполными у матерей преобладают средние значения шкалы «Враждебность», а у отцов в аналогичной ситуации – выше «Автономность» и «Непоследовательность» и ниже «Директивность».

Различия в оценке родительского отношения в полных и неполных семьях (мальчики-подростки) представлены в таблице 178. Из таблицы 178 видно, что у матерей в отношении к сыновьям в полных семьях по сравнению с неполными оказалось выше значение шкалы «Директивность», а у отцов – шкалы «Автономность».

Сравнение типов родительского отношения у пациентов разных клинических подгрупп. Средние значения шкал теста «Подростки о родителях» пациентов с употреблением разных видов ПАВ представлены в таблице 179.

Таблица 177 – Различия в оценке отношения родителей в полных и неполных семьях (девочки-подростки)

шкалы	оценка отношения матери к дочери		р	оценка отношения отца к дочери		р
	в полных семьях (n=22) M±m	в неполных семьях (n=61) M±m		в полных семьях (n=22) M±m	в неполн. семьях (n=18) M±m	
Позит. интерес	2,00±0,195	2,36±0,152	0,115	2,33±0,211	2,71±0,114	0,155
Директивность	3,44±0,209	3,18±0,138	0,533	3,17±0,266	4,65±0,191	0,001*
Враждебность	4,67±0,80	4,18±0,116	0,012 *	3,83±0,227	4,29±0,114	0,854
Автономность	3,47±0,247	3,64±0,143	0,675	4,11±0,238	2,71±0,435	0,008*
Непоследов.	3,31±0,131	3,55±0,081	0,333	3,83±0,116	3,35±0,119	0,017*
Фактор близ.	1,67±0,126	1,91±0,134	0,494	2,33±0,211	2,35±0,119	0,468
Фактор критики	2,50±0,234	2,73±0,141	0,234	2,83±0,247	3,59±0,478	0,064

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

Таблица 178 – Различия в оценке отношения родителей в полных и неполных семьях (мальчики-подростки)

шкалы	оценка отношения матери к сыну		р	оценка отношения отца сыну		р
	в полных семьях (n=17) M±m	в неполных семьях (n=50) M±m		в полных семьях (n=17) M±m	в неполн. семьях (n=21) M±m	
Позит. интерес	2,50±0,162	2,92±0,113	0,043*	2,83±0,180	2,60±0,302	0,475
Директивность	4,19±0,153	3,17±0,107	0,001*	3,50±0,162	3,73±0,191	0,236
Враждебность	4,00±0,138	3,92±0,102	0,802	4,17±0,116	4,00±0,166	0,459
Автономность	3,25±0,230	3,83±0,127	0,038*	3,75±0,151	2,40±0,252	0,001 *
Непоследов.	3,07±0,162	4,17±0,082	0,001*	3,67±0,080	3,60±0,189	1,000
Фактор близ.	2,33±0,159	2,33±0,101	0,803	2,25±0,187	2,20±0,217	0,629
Фактор критики	3,17±0,205	2,21±0,088	0,003*	3,20±0,180	3,60±0,149	0,049 *

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

Расчет различий средних значений шкал «Подростки о родителях» при разных видах употребляемых ПАВ при помощи однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) (множественное сравнение) представлен в приложении 9.2. Из таблицы 391 видно, что межгрупповое различие дисперсий всех 5 шкал статистически значимо. Далее проводилось множественное попарное сравнение. Метод сравнения выбирался исходя из критерия однородности дисперсий Ливиня (таблица 392). Если риск ошибки критерия Ливиня больше или равен 0,05, то это значит, что дисперсии в сравниваемых выборках статистически не различаются и для множественных сравнений следует выбрать метод Шеффе. Если риск ошибки критерия Ливиня меньше 0,05, то расчет множественных сравнений проводится при помощи метода Т2 Тамхейма.

Таблица 179 – Средние значения шкал теста «Подростки о родителях» у пациентов с употреблением разных ПАВ

шкалы	1 подгруппа М±m	2 подгруппа М±m	3 подгруппа М±m	4 подгруппа М±m
Позитивный интерес	2,73±0,118	2,79±0,111	2,27±0,119	2,00±0,126
Директивность	3,52±0,109	3,14±0,113	3,55±0,157	3,90±0,116
Враждебность	4,00±0,083	3,93±0,105	4,27±0,093	4,50±0,103
Автономность	3,70±0,119	3,51±0,132	3,47±0,191	3,10±1,166
Непоследовательность	3,76±0,075	3,82±0,090	3,35±0,063	3,71±0,107
Фактор близости	2,27±0,099	2,50±0,099	1,91±0,098	1,63±0,125
Фактор критики	2,77±0,108	2,86±0,123	2,91±0,187	3,00±0,146

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

В таблицах 393-397 приложения 9.2 представлены различия по результатам множественного сравнения рейтинга тяжести 8 шкал «Подростки о родителях» в зависимости от вида употребляемого ПАВ. Достоверность различий средних значений шкал теста «Подростки о родителях» у пациентов с употреблением разных ПАВ представлена в таблице 180.

Из таблицы 180 видно, что среднее значение шкалы «Позитивный интерес» у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП, и у пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП, достоверно выше, чем у пациентов с употреблением алкоголя с ВП и употреблением стимуляторов с ВП. Шкала «Директивность» у пациентов с употреблением алкоголя с ВП была достоверно ниже, чем у других пациентов. «Враждебность» была наиболее выражена у пациентов с употреблением стимуляторов с ВП. Она достоверно преобладала над пациентами, употребляющими опиоиды с ВП и употребляющими летучие растворители с ВП. «Автономность» различается только у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП и стимуляторы с ВП. «Непоследовательность» была достоверно ниже у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП по сравнению с другими пациентами.

Таблица 180 – Достоверность различий средних значений шкал теста «Подростки о родителях» у пациентов с употреблением разных ПАВ (однофакторный дисперсионный анализ)

Шкалы	Различия между группами, р					
	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
Позитивный интерес	1,000	0,044 *	0,001 *	0,012 *	0,001 *	0,534
Директивность	0,010 *	1,000	0,106	0,021 *	0,001 *	0,378
Враждебность	0,945	0,250	0,012 *	0,040 *	0,006 *	0,613
Автономность	0,880	0,896	0,027 *	1,000	0,299	0,628
Непоследовательность	0,995	0,000 *	0,999	0,000 *	0,962	0,029*

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

* - достоверность различий по критерию U Манна-Уитни.

В соответствии с задачами исследования изучалась оценка родительского отношения у подростков младшей (12-15 лет) и старшей (16-17 лет) возрастных группах. Возрастные различия оценки родительского отношения в полных и неполных семьях представлены в таблицах 181, 182, 183. Из таблицы 181, рисунков 43 и 44 следует, что для младшей возрастной группы в полных семьях

(результаты высчитывались в совокупности и для матерей, и отцов) наиболее высокие цифры получены по шкалам «Враждебность», «Непоследовательность» и «Автономность», что соответствует враждебно-подавляющему типу родительских отношений.

Таблица 181 – Средние значения шкал теста «Подростки о родителях» пациентов младшей и старшей возрастных групп в полных и неполных семьях
(в совокупности для матерей и для отцов)

шкалы	полная семья		р	неполная семья		р
	младшая группа M±m	старшая группа M±m		младшая группа M±m	старшая группа M±m	
Позит. интерес	2,70±0,165	2,21±0,111	0,019*	2,78±0,104	2,25±0,141	0,009*
Директивность	3,37±0,183	3,73±0,123	0,209	3,73±0,098	3,63±0,125	0,731
Враждебность	4,00±0,130	4,29±0,097	0,084	3,91±0,075	3,50±0,103	0,104
Автономность	3,62±0,192	3,81±0,133	0,094	3,30±0,117	3,75±0,175	0,058
Непоследов.	3,75±0,093	3,58±0,088	0,400	3,78±0,071	3,75±0,096	0,764
Фактор близ.	2,60±0,145	1,86±0,100	0,001*	2,35±0,086	1,63±0,102	0,001*
Фактор критики	2,80±0,173	3,00±0,144	0,232	2,87±0,105	2,63±0,145	0,722

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

Такой же профиль родительского отношения был характерен и для младшей возрастной группы в неполных семьях – наиболее высокие цифры шкал «Враждебность», «Непоследовательность» и «Директивность». Таким образом, в младшей возрастной группы, независимо от типа семьи, отмечается единый профиль семейного воспитания – враждебно-подавляющий. Причем данная закономерность характерна и для матерей, и для отцов как в полных, так и в неполных семьях.

Старшая возрастная группа отличается по ведущему типу семейных отношений в полных и неполных семьях. В полной семье в старшей возрастной группе мы видим открыто-враждебное родительское отношение (наиболее высокие показатели шкал «Враждебность», «Автономность», «Директивность»), тогда как в неполной семье отмечается отвергающе-отстраненное отношение (наиболее высокие показатели шкал «Директивность», «Автономность»,

«Непоследовательность»). Отмеченная закономерность характерна для матерей и для отцов как в полных, так и в неполных семьях (см. таблицы 182 и 183).

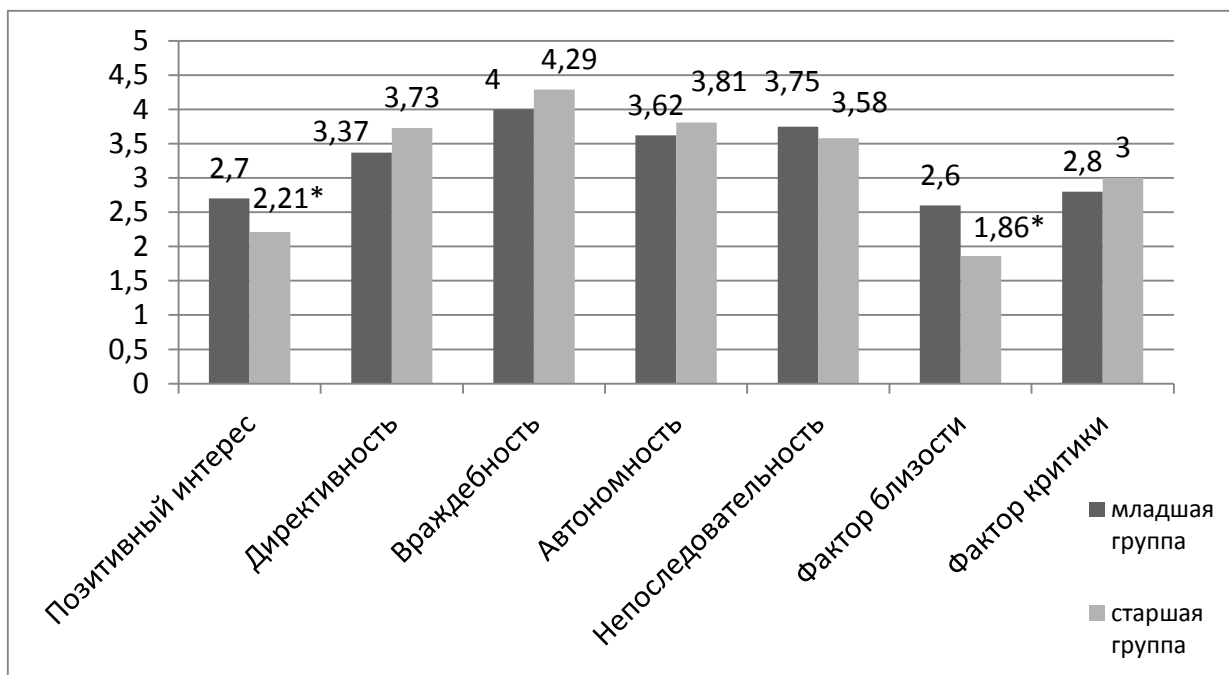


Рисунок 43. Средние значения шкал теста «Подростки о родителях» пациентов младшей и старшей возрастных групп в полных семьях.

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

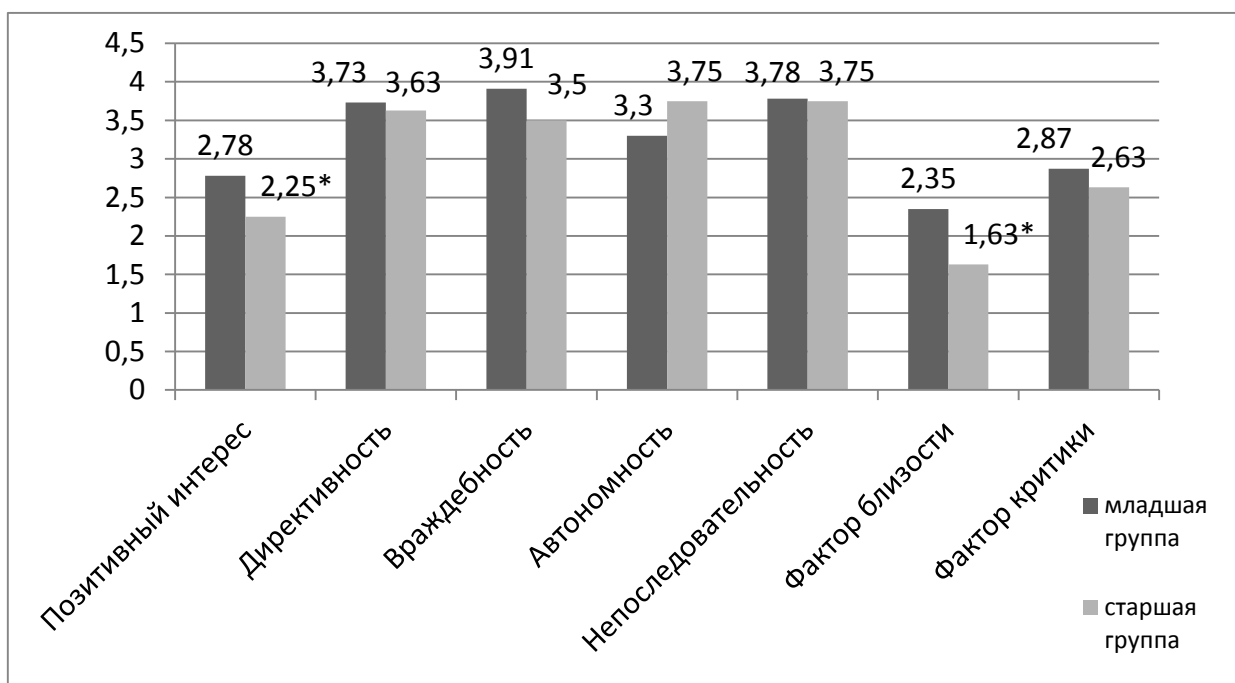


Рисунок 44. Средние значения шкал теста «Подростки о родителях» пациентов младшей и старшей возрастных групп в неполных семьях.

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

Таблица 182 – Средние значения шкал теста «Подростки о родителях» пациентов младшей и старшей возрастных групп в полных семьях (отдельно отношение к матери и к отцу)

шкалы	оценка матери		р	оценка отца		р
	младшая группа M±m	старшая группа M±m		младшая группа M±m	старшая группа M±m	
Позит. интерес	2,20±0,217	2,29±0,161	0,669	3,20±0,217	2,14±0,155	0,001*
Директивность	3,73±0,239	3,88±0,161	9,784	3,00±0,263	3,57±0,184	0,085
Враждебность	4,40±0,149	4,29±0,109	0,368	3,60±0,189	3,29±0,161	0,082
Автономность	2,77±0,274	3,79±0,188	0,002*	4,07±0,214	3,83±0,189	0,510
Непоследов.	3,70±0,160	3,17±0,127	0,023*	3,40±0,091	4,00±0,083	0,001*
Фактор близ.	2,00±0,203	2,00±0,118	0,512	3,20±0,139	1,71±0,161	0,001*
Фактор критики	3,00±0,235	2,71±0,216	0,397	2,60±0,252	3,29±0,181	0,011*

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

Таблица 183 – Средние значения шкал теста «Подростки о родителях» пациентов младшей и старшей возрастной групп в неполных семьях (отдельно отношение к матери и к отцу)

шкалы	оценка матери		р	оценка отца		р
	младшая группа M±m	старшая группа M±m		младшая группа M±m	старшая группа M±m	
Позит. интерес	2,82±0,165	2,17±0,104	0,002*	2,69±0,111	2,50±0,141	0,652
Директивность	3,06±0,183	3,50±0,098	0,020*	4,09±0,123	4,02±0,125	0,117
Враждебность	3,82±0,130	4,67±0,075	0,001*	4,14±0,097	4,00±0,103	0,696
Автономность	3,71±0,192	3,83±0,117	0,586	2,17±0,133	3,66±0,175	0,005*
Непоследов.	3,88±0,093	3,25±0,071	0,778	3,51±0,088	3,73±0,096	0,938
Фактор близ.	2,35±0,145	1,50±0,086	0,001*	2,34±0,100	2,00±0,102	0,359
Фактор критики	2,59±0,173	2,33±0,105	0,574	3,63±0,144	3,50±0,145	0,439

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

Как отличительную особенность родительского отношения в младшей возрастной группе по сравнению со старшей следует отметить достоверно более высокие средние значения фактора близости к родителям как в полных, так и в неполных семьях. Это объяснимо исходя из возрастной динамики детско-родительских взаимоотношений, а именно увеличения с возрастом эмоциональной «дистанции» старших подростков от родителей. В полных семьях в старшей группе по сравнению с младшей выше оказывается только «дистанция» с отцами (различия по фактору близости статистически достоверно $p=0,000$), а в неполных – только с матерью (различия по фактору близости статистически достоверно $p=0,000$). В полных семьях у отцов старших подростков больше выражена критичность в отношении своих детей, в то время как в других подгруппах указанную закономерность обнаружить не удалось. Сравнение оценки отношения к матери в полных и неполных семьях в разных возрастных группах показано в таблице 184. Сравнение оценки отношения к отцу в полных и неполных семьях в разных возрастных группах показано в таблице 185.

Таблица 184 – Средние значения шкал теста «Подростки о родителях» пациентов младшей и старшей возрастной групп в полных и неполных семьях (оценка матери)

Шкалы	младшая группа		р	старшая группа		р
	полная семья $M \pm m$	неполная семья $M \pm m$		полная семья $M \pm m$	неполная семья $M \pm m$	
Позит. интерес	2,20±0,217	2,82±0,119	0,020*	2,29±0,161	2,17±0,116	0,704
Директивность	3,73±0,239	3,06±0,099	0,012*	3,88±0,161	3,50±0,162	0,092
Враждебность	4,40±0,149	3,82±0,092	0,002*	4,29±0,080	4,67±0,109	0,015*
Автономность	2,77±0,274	3,71±0,112	0,001*	3,79±0,188	3,83±0,180	1,000
Непоследов.	3,70±0,160	3,88±0,075	0,339	3,17±0,127	3,83±0,116	0,001*
Фактор близ.	2,00±0,203	2,35±0,102	0,067	2,00±0,118	1,50±0,085	0,003*
Фактор критики	3,00±0,235	2,59±0,097	0,353	2,71±0,216	2,33±0,159	0,246

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

Таблица 185 – Средние значения шкал теста «Подростки о родителях» пациентов младшей и старшей возрастной групп в полных и неполных семьях (оценка отца)

шкалы	младшая группа		р	старшая группа		р
	полная семья M±m	неполная семья M±m		полная семья M±m	неполная семья M±m	
Позит. интерес	3,20±0,216	2,69±0,217	0,038*	2,14±0,155	2,50±0,452	0,695
Директивность	3,00±0,263	4,09±0,206	0,002*	3,57±0,184	4,02±0,161	0,371
Враждебность	3,60±0,189	4,14±0,117	0,035*	3,29±0,161	4,00±0,302	0,407
Автономность	4,07±0,214	2,17±0,234	0,001*	3,83±0,189	3,66±0,452	0,420
Непоследов.	3,40±0,091	3,51±0,166	0,551	4,00±0,083	3,73±0,151	0,007*
Фактор близ.	3,20±0,139	2,34±0,164	0,001*	1,71±0,161	2,00±0,302	0,407
Фактор критики	2,60±0,252	3,63±0,256	0,005*	3,29±0,181	3,50±0,151	0,688

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

Из таблицы 184 видно, что в младшей группе матери, воспитывающие детей в неполных семьях, по сравнению матерями, воспитывающими в полных семьях, демонстрируют достоверно более высокие значения шкал «Позитивный интерес» ($p<0,05$) и «Автономность» ($p<0,005$) и меньшие – по шкалам «Директивность» ($p<0,05$) и «Враждебность» ($p<0,005$). В старшей группе эти показатели соответственно выше по шкалам «Враждебность» ($p<0,05$), «Непоследовательность» ($p<0,005$) и ниже по фактору близости ($p<0,005$).

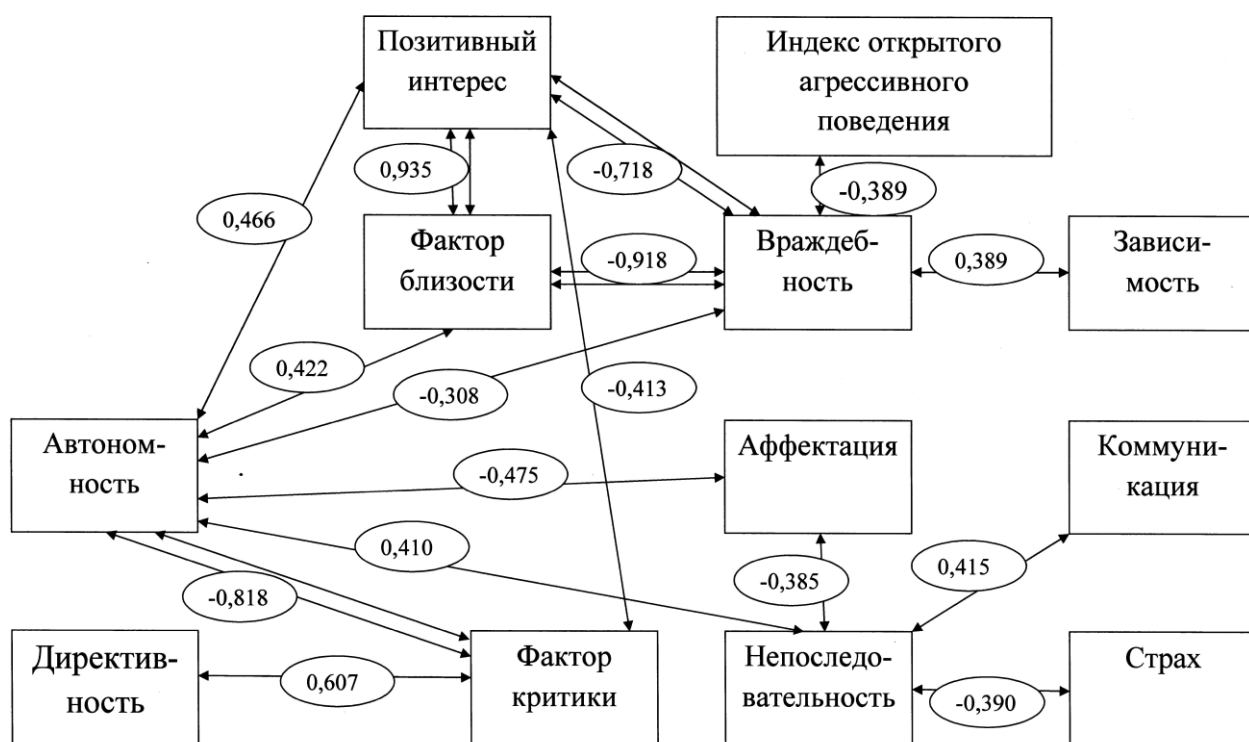
Из таблицы 185 видно, что в младшей группе отцы, воспитывающие детей в неполных семьях, по сравнению отцами, воспитывающими в полных семьях, демонстрируют достоверно более высокие показатели по шкале «Директивность» ($p<0,005$), «Враждебность» ($p<0,05$) и меньшие по шкалам «Позитивного интереса» ($p<0,05$), «Автономности» ($p<0,005$) и фактору близости ($p<0,005$). В старшей группе эти показатели соответственно ниже по шкале «Непоследовательность» ($p<0,01$).

Таким образом, при сравнении средних значений оценки родительского отношения отцов и матерей разных возрастных групп выявлены наибольшие

различия в младшем возрасте, где у отцов и матерей выявляются противоположные тенденции родительского отношения к детям.

9.2. Корреляционные взаимосвязи шкал опросников «Подростки о родителях» и «Тест руки»

Корреляционные взаимосвязи характеристик материнского отношения по методике «Подростки о родителях» и проективных свойств личности по методике «Тест руки». На рисунке 45 представлены корреляционные плеяды шкал опросников «Подростки о родителях» (оценка материнского отношения) и «Тест руки» (с указанием коэффициентов ранговой корреляции Спирмена ρ).



Примечание: ↔ сильная связь ↔ умеренная связь

Рисунок 45. Корреляционные плеяды шкал опросников «Подростки о родителях» и «Тест руки» (оценка материнского отношения).

При расчетах показателей группы в целом (без разграничения на возрастные, половые и нозологические подгруппы) выявлена прямая корреляционная связь между значениями шкал «Позитивный интерес» и шкалой «Автономность» ($r=0,466$, $p=0,005$), фактором близости ($r=0,935$, $p=0,000$) и обратная корреляционная связь со шкалой «Враждебность» ($r=-0,718$, $p=0,000$) и фактором критики ($r=-0,413$, $p=0,014$). Шкала «Директивность» прямо умеренно коррелировала с фактором критики ($r=0,607$, $p=0,000$). Шкала «Автономность» прямо коррелировала с шкалами «Непоследовательность» ($r=0,410$, $p=0,015$), «Позитивный интерес» ($r=0,466$, $p=0,005$) и фактором близости ($r=0,422$, $p=0,012$) и обратно коррелировала с шкалой «Враждебность» ($r=-0,308$, $p=0,072$), фактором критики ($r=-0,818$, $p=0,000$), с шкалой «Теста руки» – «Аффектация» ($r=-0,475$, $p=0,016$). Шкала «Непоследовательность» прямо коррелировала с шкалой «Коммуникация» ($r=0,415$, $p=0,025$) и обратно – с «Аффектацией» ($r=-0,385$, $p=0,046$), «Страхом» ($r=-0,390$, $p=0,044$). Шкала «Враждебность» прямо коррелировала с «Зависимостью» ($r=0,389$, $p=0,05$) и обратно – с «Позитивным интересом» ($r=-0,718$, $p=0,000$), «Автономностью» ($r=-0,308$, $p=0,072$), фактором близости ($r=-0,918$, $p=0,000$) и индексом открытого агрессивного поведения ($r=-0,389$, $p=0,048$).

Корреляционные взаимосвязи характеристик отцовского отношения по методике «Подростки о родителях» и проективных свойств личности по методике «Тест руки». На рисунке 46 представлены корреляционные плеяды шкал опросников «Подростки о родителях» (оценка отцовского отношения) и «Тест руки».

Анализ корреляционных взаимосвязей оценки отцов указывает на прямую корреляцию шкалы «Позитивный интерес» со шкалой «Автономность» ($r=0,457$, $p=0,043$) и фактором близости ($r=0,965$, $p=0,006$) и на обратную корреляцию с шкалами «Директивность» ($r=-0,648$, $p=0,002$), «Враждебность» ($r=-0,816$, $p=0,000$), «Непоследовательность» ($r=-0,428$, $p=0,060$) и фактором критики ($r=-0,595$, $p=0,006$). «Директивность» прямо коррелировала с «Враждебностью» ($r=0,694$, $p=0,000$), фактором критики ($r=0,886$, $p=0,000$) и «Агрессией» ($r=0,565$,

$p=0,056$), обратно коррелировала с «Позитивным интересом» ($r=-0,648$, $p=0,002$), «Автономностью» ($r=-0,654$, $p=0,002$), фактором близости ($r=-0,700$, $p=0,001$). Шкала «Враждебность» наряду с вышеотмеченными связями прямо коррелировала с фактором критики ($r=0,645$, $p=0,002$) и обратно – с «Автономностью» ($r=-0,503$, $p=0,024$) и фактором близости ($r=-0,939$, $p=0,000$). «Автономность» прямо коррелировала с фактором близости ($r=0,500$, $p=0,025$), обратно коррелировала с фактором критики ($r=-0,930$, $p=0,000$) и индексом открытого агрессивного поведения ($r=-0,470$, $p=0,009$). «Непоследовательность» прямо коррелировала с «Зависимостью» ($r=0,405$, $p=0,051$), обратно коррелировала с фактором близости ($r=-0,886$, $p=0,000$).

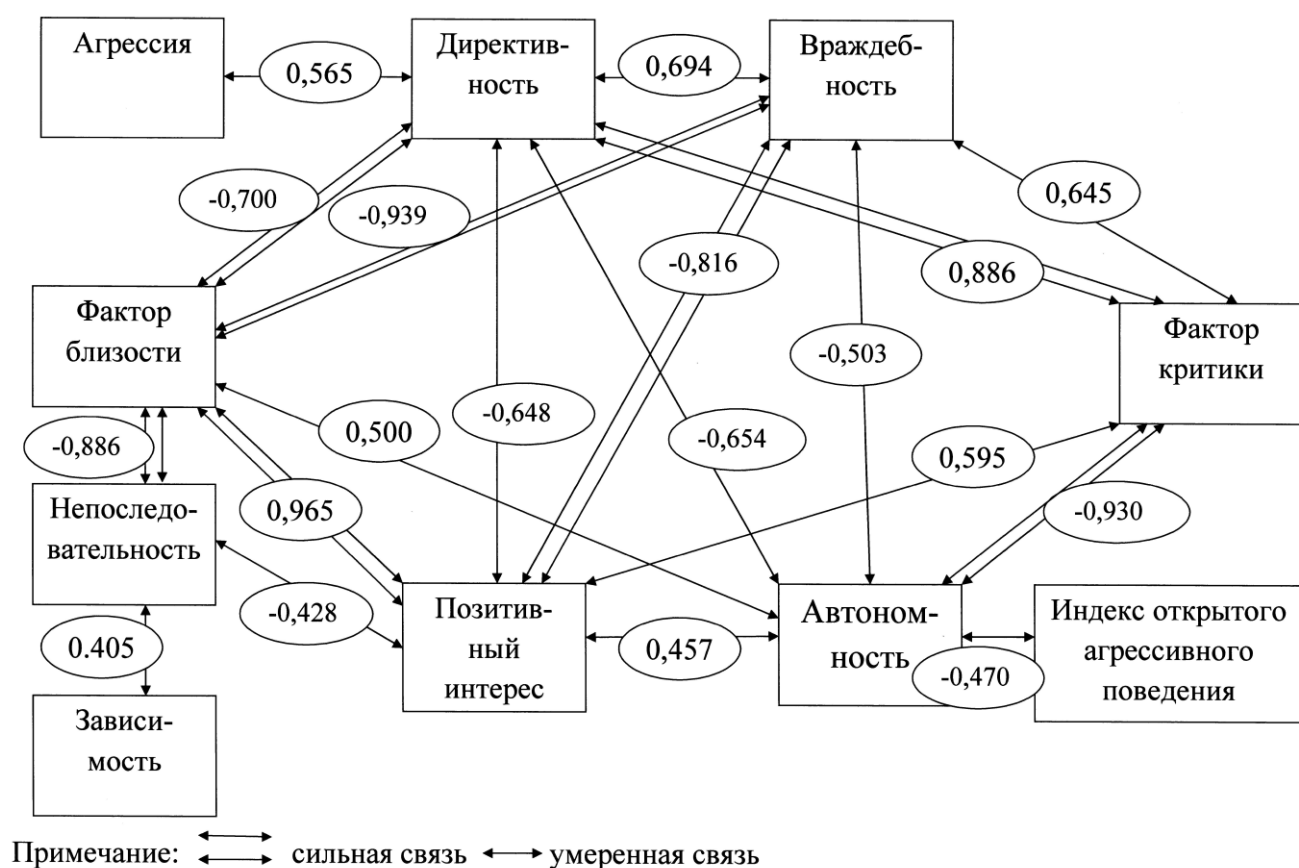


Рисунок 46. Корреляционные плеяды шкал опросников «Подростки о родителях» и «Тест руки» (оценка отцовского отношения).

Полученные результаты позволяют обсуждать связь особенностей семейного воспитания и свойств личности, выявленных с помощью проективной методики.

Наиболее объяснимые корреляционные связи материнского отношения и проективных свойств личности обнаружены между шкалами «Коммуникация» и «Аффектация» «Теста руки» и «Непоследовательность» и «Автономность» теста «Подростки о родителях». Шкала «Коммуникация», коррелирующая с «Непоследовательностью» материнского отношения, тесно связана с такими личностными свойствами, как обмен информацией, деловое общением, что, применительно к обследуемому контингенту, следует понимать как показатель взаимодействия со сверстниками. Исходя из сказанного, можно предположить, что именно компонент непоследовательности в воспитательной позиции матери способствует семейной эмансипации и последующей адаптации подростков в компании наркозависимых сверстников. С другой стороны непоследовательная линия воспитания, сопряженная с автономной родительской позицией приводит к низкой «аффектации», которая, согласно методике «Теста руки», отвечает за выражение привязанности, любви, благожелательного отношения к окружающим.

При обсуждении отцовской воспитательной позиции обращает на себя внимание прямая связь автономного отношения к ребенку с пассивными безличными ответами. Также заслуживает обсуждения обратное взаимоотношение автономности с критическим отношением к ребенку, директивностью и индексом открытого агрессивного поведения. Абсолютная величина последнего ($0,60 \pm 1,1631$) свидетельствует, согласно авторам методики «Тест руки», о вероятности агрессивного поведения в условиях близкого окружения, где подобный поведенческий стиль принимается и культивируется. В аспекте отличия отцовского отношения от материнского следует обратить внимание на психологически понятные обратные корреляции у отцов позитивного отношения к детям и директивной, враждебной и непоследовательной позиции к ним.

Таким образом, анализ взаимоотношения типов воспитания и характеристик личности, выявленных по проективному тесту, показывает, что дезадаптивные формы поведения у обследованных подростков в наибольшей степени определяют непоследовательное родительское отношение матери и автономная позиция у отца.

9.3. Результаты исследования отношения к материнству у девочек-подростков

Было обследовано 101 девочка-подросток на предмет отношения к материнству. Для изучения отношения к материнству использовалась методика «Измерение родительских установок и реакций», представляющая собой русскоязычный адаптированный вариант методики «PARI (parental attitude research instrument)» E. S. Schaefer, R. Q. Bell [145]. Методика предназначена для изучения отношения к разным сторонам семейной жизни. Изучается 23 аспекта-признака, касающиеся разных сторон отношения родителей к ребенку и жизни в семье. Из них 8 признаков описывают отношение к семейной роли, а 15 касаются детско-родительских отношений. Эти 15 признаков делятся на 3 группы: 1) оптимальный эмоциональный контакт; 2) излишняя эмоциональная дистанция с ребенком; 3) излишняя концентрация на ребенке. Отличительной особенностью опросника является направленность на изучение наиболее общих родительских установок, не связанных с воспитанием конкретного ребенка. Испытуемые выражают свое мнение относительно воспитания детей вообще.

Средние значения шкал методики «Измерение родительских установок и реакций» (стендовые оценки) представлены в таблице 186. Из таблицы 186 видно, что наиболее высокие показатели стенов (выше 7) отмечаются по шкалам «Чрезмерная забота (оберегание от трудностей)», «Сверхавторитет родителей (поощрение зависимости от родителей)» и «Неудовлетворенность ролью хозяйки». Их средние значения достоверно не различались между собой (p по критерию

ранговых знаков Вилкоксона равны соответственно 0,078, 0,061 и 1,000) и достоверно превышали средние значения всех других шкал (p по критерию ранговых знаков Вилкоксона $<0,05$).

Шкалы «Чрезмерная забота (оберегание от трудностей)», «Сверхавторитет родителей (поощрение зависимости от родителей) характеризуют детско-родительские отношения и относятся к группе шкал «излишней концентрации на ребенке». Шкала «Неудовлетворенность ролью хозяйки» описывает отношение к семейной роли, является негативной характеристикой данного свойства. Следовательно, преобладание этих шкал позволяет говорить о том, что обследованные девочки-подростки в основном имеют установку на гиперпротективный стиль воспитания будущего ребенка при недостаточной настроенности на выполнение некоторых семейных функций.

Таблица 186

Средние значения шкал методики «Измерение родительских установок и реакций»

№	шкала	Среднее значение	Станд. ошибка
1	Вербализация (предоставление ребенку возможности высказаться)	5,20	0,161
2	Чрезмерная забота (оберегание от трудностей)	7,87	0,224
3	Зависимость матери от семьи (роль «хозяйки»)	5,80	0,159
4	Подавление воли ребенка	5,40	0,153
5	Ощущение самопожертвования	4,93	0,182
6	Опасение обидеть ребенка	5,67	0,099
7	Семейные конфликты	4,00	0,116
8	Раздражительность родителей	6,20	0,069
9	Излишняя строгость родителей	5,60	0,236
10	Исключение внесемейных влияний (зависимость ребенка от матери)	5,07	0,202

Продолжение таблицы 186

11	Сверхавторитет родителей (поощрение зависимости от родителей)	7,13	0,153
12	Подавление агрессивности ребенка	5,73	0,097
13	Неудовлетворенность ролью хозяйки	7,13	0,141
14	Партнерские отношения между родителем и ребенком	6,07	0,166
15	Поощрение активности ребенка	4,33	0,124
16	Избегание общения с ребенком	4,47	0,088
17	Безучастность мужа	4,20	0,117
18	Подавление сексуальности ребенка	4,73	0,159
19	Доминирование матери	5,93	0,136
20	Чрезвычайное вмешательство в мир ребенка	3,67	0,141
21	Равные отношения родителей и ребенка	3,60	0,115
22	Стремление ускорить развитие ребенка	4,80	0,201
23	Несамостоятельность матери	4,87	0,094

Для выяснения статистических закономерностей взаимосвязи родительского (материнского) отношения и будущей семейно-родительской установки у девушек-подростков был проведен анализ главных компонент количественных данных шкал опросников «Измерение родительских установок и реакций» и «Подростки о родителях». В последнем случае были взяты результаты оценки девочек-подростков только материнского отношения как в полных (22 чел.), так и в неполных семьях (79 чел.).

В результате были выделены три главные компоненты, объясняющие 62,499% общей дисперсии (в скобках указаны числовые значения компонентных нагрузок):

1-я компонента. Позитивное отношение родителей к девушке-подростку (0,845) оказалось ассоциировано с автономной (0,610) и непоследовательной (0,478) воспитательной позицией, низкой директивностью (-0,664) и некритичностью (-0,722) по отношению к ней, что приводит к формированию у девушек-подростков родительской установки, описываемой как «излишняя

концентрация на ребенке» (шкалы «чрезмерная забота» (0,931), «подавление воли ребенка» (0,664), «боязнь обидеть» (0,789), «исключение влияний со стороны» (0,866)), но все же с некоторыми элементами оптимальных эмоциональных отношений — «предоставление ребенку возможности высказаться» (0,918).

2-я компонента. Директивность (0,513) и враждебность (0,505) родителей в сочетании с непоследовательным воспитанием (0,757) в большей степени отражается на развитие представления о будущей семейной роли, чем на отношение к ребенку. У девушек-подростков формировались такие установки на брак, как ощущение своей «зависимой позиции» (0,579), «самопожертвование» (0,565), «неудовлетворенность ролью хозяйки» (0,416) и установка на «семейные конфликты» (0,409). По отношению к ребенку преобладала эмоция «раздражительности» (0,722).

3-я компонента. Недостаточная установка на автономное воспитание детей (-0,675), причем стабильное (шкала «непоследовательность» -0,573) в сочетании с «директивностью» (0,430) приводит к таким характеристикам будущей женщины-матери, как ее «доминирующая позиция» (0,781), «подавление сексуальности ребенка» (0,771), «чрезмерное вмешательство в мир ребенка» (0,696).

Выделенные главные компоненты отражают 3 основные линии взаимосвязи характеристик родительского (материнского) отношения и будущей семейно-родительской установки у девушек-подростков. На основании полученных данных можно говорить о трех дезадаптивных стилях родительского отношения, определяющих семейно-родительские установки у девушек-подростков.

Потворствующе-непоследовательный стиль. Проявляется, прежде всего, в таких характеристиках, как вседозволенность в сочетании с низкой требовательностью и некритичностью. Подобный подход ошибочно воспринимается ребенком как позитивное отношение к нему. В то же время вседозволенность, являясь разновидность гипоопеки, связана с недостаточным знанием о потребностях воспитанника, игнорированием реальных его запросов и низкой эмоциональной отзывчивостью. Это приводит к высокому уровню эмоционального напряжения во взаимоотношениях со взрослым и определяет, по-

видимому, эмоционально негативную оценку данного типа воспитания. На это указывает формирующаяся у девушки-подростка по механизму гиперкомпенсации чрезмерная фиксация на ребенке (кластер «излишняя концентрация на ребенке»). Причем последняя носит в себе черты как авторитарности (шкала «подавление воли ребенка»), так и сензивного отношения (шкалы «чрезмерная забота», «боязнь обидеть»). Можно предположить, что непоследовательность как вторая составляющая описываемого стиля родительского отношения, включая в себя элементы контроля и требовательности, все же закладывает в сознании девушки-подростка некий эталон «должного» и в дальнейшем определяет гиперпротективность собственной материнской установки.

Директивно-непоследовательный стиль. Связан с непоследовательностью, сочетанием авторитарной родительской позицией («директивность») с, одновременно, неприятием ребенка, его эмоциональным отвержением («враждебность»). Данные характеристики воспитания обуславливают, прежде всего, формирование представления о тягостном характере роли жены/матери (шкалы «зависимая позиция матери», «ощущение самопожертвования», «неудовлетворенность ролью хозяйки»). В отношении ребенка также формируется установка на неприятие (шкала «раздражительность»).

Устойчиво-директивный стиль. Отражает родительскую позицию, направленную на поддержание несамостоятельности, зависимости ребенка, последовательно проводимый авторитарный стиль взаимоотношения с ним, что в дальнейшем приводит к доминирующим воспитательным установкам у девушки-подростка по отношению к собственным детям с притязаниями на контроль «личного пространства» (шкалы «подавление сексуальности ребенка» и «чрезмерное вмешательство в мир ребенка»).

Результаты исследования, приведенные в данной главе, позволяют сформулировать следующие выводы:

1) Различия в воспитательной позиции отцов и матерей. Обнаружено, что в семьях подростков с расстройствами поведения и зависимостью от ПАВ с

ВП в целом отмечается враждебно-подавляющий тип родительского отношения. При этом по отдельным характеристикам в полных и неполных семьях наблюдаются противоположные тенденции. Если в полных семьях у матерей преобладает директивная воспитательная позиция, а у отцов – автономная, то для неполных семей характерны прямо противоположные соотношения: преобладает автономность у матерей и директивность у отцов. Таким образом, воспитывающие в одиночестве отцы демонстрируют черты воспитания, сходные с теми, какие выявляются у матерей в полных семьях. Тип воспитания одиноких матерей напоминает воспитательную позицию отца в полной семье.

2) Различия родительского отношения к дочерям и сыновьям. Показано, что независимо от типа семьи (полная или неполная) у матерей к дочерям по сравнению с сыновьями преобладает агрессивность и менее выражено «позитивное отношение». У отцов к дочерям по сравнению с сыновьями также независимо от типа семьи преобладает автономное отношение. Таким образом, такое явление, как «негативное отношение к детям своего пола» в настоящем исследовании выявлено только у матерей.

3) Характеристики родительского отношения и вид употребляемого ПАВ с ВП. Результаты свидетельствуют, что наименее благополучные характеристики родительского отношения выявляются у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП. У них по сравнению с пациентами других подгрупп отмечаются наиболее низкие средние значения шкалы «Позитивный интерес», наиболее высокие значения «Враждебности» и наиболее низкие – шкалы «Автономность» и фактора близости. В неполных семьях отчетливой закономерности между родительским отношением и видом употребляемого ПАВ с ВП не отмечается.

4) Возрастные особенности. Исследование пациентов 2-х разных возрастных групп показало, что в младшей возрастной группы, независимо от типа семьи (полной или неполной), отмечается единый, характерный как для матерей, так и для отцов, профиль семейного воспитания — враждебно-подавляющий. В старшей возрастной группе для полных семей характерно

открыто-враждебное родительское отношение, а в неполной – отвергающе-отстраненное. Отмеченная закономерность в старшей возрастной группе также характерна для матерей и для отцов как в полных, так и в неполных семьях. Сравнение оценки родительского отношения отцов и матерей в разных возрастных группах выявило наибольшие различия в младшем возрасте, где у отцов и матерей выявляются противоположные тенденции родительского отношения к детям.

В младшей возрастной группе по сравнению со старшей как в полных, так и в неполных семьях оказалась ближе эмоциональная «дистанция» (рассчитанная исходя из значений фактора близости) с родителями, что объяснимо исходя из возрастной закономерности детско-родительских взаимоотношения. У старших подростков в полных семьях достоверно выше эмоциональная «дистанция» с отцами, а в неполных семьях – с матерями (различия по фактору близости статистически достоверно $p=0,000$). В полных семьях у отцов выше критичность к детям старшего подросткового возраста.

5) Взаимосвязь характеристик родительского отношения и свойств личности (по проективной методике). Анализ корреляционных связей характеристик родительского отношения и проективных свойств личности по методике «Тест руки» показывает, что дезадаптивные формы поведения у обследованных подростков в наибольшей степени определяются непоследовательным материнским отношением, способствующим семейной эмансипации подростков и последующей их адаптации в компании наркозависимых сверстников, и автономная позиция у отца, имеющая обратные взаимоотношения с критическим отношением к ребенку, директивностью и индексом открытого агрессивного поведения.

6) Связь родительского отношения и отношение к материнству и родительским функциям у девушек-подростков. Исследования отношения к материнству и родительским функциям у девочек-подростков показало, что у них преобладает гиперпротективная установка в отношении воспитания детей в сочетании с негативной установкой к некоторым семейным функциям. Указанные

особенности можно рассматривать как компенсаторное образование в условиях отторжения и неприятия девочек-подростков в собственной родительской семье.

Выявлены 3 линии взаимосвязи характеристик родительского воспитания и установки на материнство у девочек-подростков. На основании их можно говорить о трех стилях родительского отношения, определяющих семейно-родительские установки у девочек-подростков: потворствующе-непоследовательный стиль, директивно-непоследовательный стиль, устойчиво-директивный стиль.

Выявленные особенности уточняют характеристики дисфункциональной семьи подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП, особенно в аспекте различия воспитательной позиции отца и матери в отношении детей.

ГЛАВА 10. ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОСТЬ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

10.1. Распространенность ВИЧ-инфицирования у пациентов разных клинических подгрупп

Распространенность ВИЧ-инфицированности среди пациентов основной группы и группы сравнения представлена в таблице 187.

Таблица 187 – Распространенность ВИЧ-инфицированности в основной группе и группе сравнения

№	группы	ВИЧ-инфицированные						всего пациентов в группе	
		мальчики-подростки		девочки-подростки		всего			
		абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
1	Основная	30	10,2	22	7,5	52	17,7	293	100,0
2	Сравнения	11	22,9	9	18,8	20	41,6	48	100,0

Анализ результатов таблицы 187 свидетельствует, что среди подростков основной группы ВИЧ-инфицированность встречалась достоверно ниже ($\chi^2=9,923$, $p<0,005$), чем среди пациентов молодого возраста группы сравнения. Причем в группе сравнения ВИЧ-инфекцией были чаще поражены пациенты мужского пола ($\chi^2=5,689$, $p<0,05$), а среди подростков основной группы достоверной разницы между представителями различных полов по этому показателю не получено ($\chi^2=0,028$, $p>0,8$).

Распространенность ВИЧ-инфицирования у пациентов разных клинических подгрупп представлена в таблице 188.

Результаты, представленные в таблице 188, свидетельствуют, что ВИЧ-инфицированность с разной частотой отмечается при употреблении разных ПАВ:

опиоидов с ВП (30,3% пациентов), летучих растворителей с ВП (14,7% пациентов), алкоголя с ВП (8,8% пациентов), стимуляторов с ВП (11,5 % пациентов). При употреблении опиоидов с ВП ВИЧ-инфекция встречалась достоверно чаще по сравнению с употреблением летучих растворителей с ВП ($\chi^2=7,459$, $p<0,01$), употреблением алкоголя с ВП ($\chi^2=14,047$, $p<0,005$) и употреблении стимуляторов с ВП ($\chi^2=9,765$, $p<0,005$). Достоверного различия в распространенности ВИЧ-инфекции между пациентами, употребляющими летучие растворители с ВП и алкоголь с ВП ($\chi^2=1,228$, $p>0,2$), между употребляющими летучие растворители с ВП и стимуляторы с ВП ($\chi^2=0,177$, $p>0,6$), а также между употребляющими алкоголь с ВП и стимуляторы с ВП ($\chi^2=0,479$, $p>0,4$) не было.

Таблица 188 – Распространенность ВИЧ-инфицированности по подгруппам

подгруппы	ВИЧ-инфицированные		всего пациентов в подгруппе	
	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 с ВП	5	8,7	57	100,0
Употребление стимуляторов с ВП	6	11,5	52	100,0

В таблице 189 представлено распределение ВИЧ-инфицированных по полу и виду употребляемого ПАВ с ВП. Половых различий в распространенности ВИЧ-инфекции у пациентов, употребляющих разные ПАВ с ВП, не обнаружено ($\chi^2=1,792$, $p>0,6$).

10.2. Рейтинг тяжести употребления психоактивных веществ с вредными последствиями у ВИЧ-инфицированных пациентов

Рейтинг тяжести употребления ПАВ у ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациентов представлены в таблице 190, рисунке 47.

Таблица 189 – Распространенность ВИЧ-инфицированности у мальчиков-подростков и девочек-подростков разных клинических подгрупп

группы	мальчики-подростки		девочки-подростки		всего ВИЧ-инфициро-		всего пациентов в подгруппе	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
Употребление опиоидов с ВП	14	15,7	13	14,6	27	30,3	89	100,0
Употребление летучих растворителей с ВП	9	9,5	5	5,3	14	14,7	95	100,0
Употребление алкоголя с ВП	4	7,0	1	1,8	5	8,7	57	100,0
Употребление стимуляторов с ВП	3	5,8	3	5,8	6	11,5	52	100,0

Таблица 190 – Различие рейтинга тяжести употребления ПАВ с ВП между ВИЧ-позитивными и ВИЧ-негативными пациентами

шкалы	ВИЧ-позитивные M±m	ВИЧ-негативные M±m	p по Манну-Уитни
Физическое здоровье/болезнь	5,06 ± 0,133	2,70 ± 0,086	0,000 *
Школьное обучение/занятость	5,57 ± 0,120	6,32 ± 0,074	0,093
Общественное поведение	5,73 ± 0,129	3,01 ± 0,060	0,000 *
Семейные взаимоотношения	5,14 ± 0,186	6,33 ± 0,118	0,057
Психическая адаптация/психопатология	7,03 ± 0,122	5,42 ± 0,080	0,042 *
Противоправные действия	4,19 ± 0,140	4,41 ± 0,092	0,608
Употребление наркотиков	3,17 ± 0,183	2,94 ± 0,128	0,121
Употребление алкоголя	4,61 ± 0,219	3,96 ± 0,132	0,334

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

Из таблицы 190 видно, что ВИЧ-позитивные пациенты отличаются достоверно более высокими средними значениями рейтинга тяжести употребления ПАВ с ВП шкал «Физическое здоровье/болезни», «Общественное поведение» и «Психическая адаптация/психопатология». В то же время не выявляется 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 с ВП и сопутствующего употребления алкоголя у ВИЧ-инфицированных отмечается преобладание таких последствий употребления, как проблемы с соматическим здоровьем, социальные и психопатологические последствия. То есть различия рейтинга тяжести употребления ПАВ пациентов двух указанных групп выявляют наиболее очевидные, связанные с ВИЧ-инфицированием, последствия.

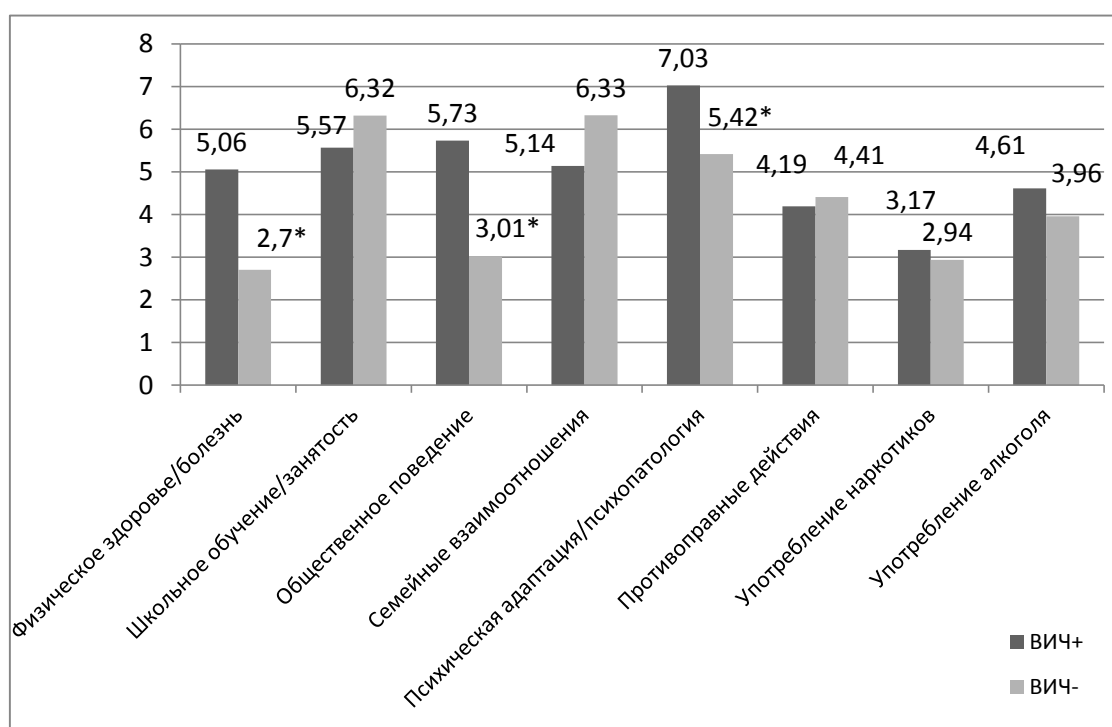


Рисунок 47. Различие рейтинга тяжести употребления ПАВ с ВП между ВИЧ-позитивными и ВИЧ-негативными пациентами.

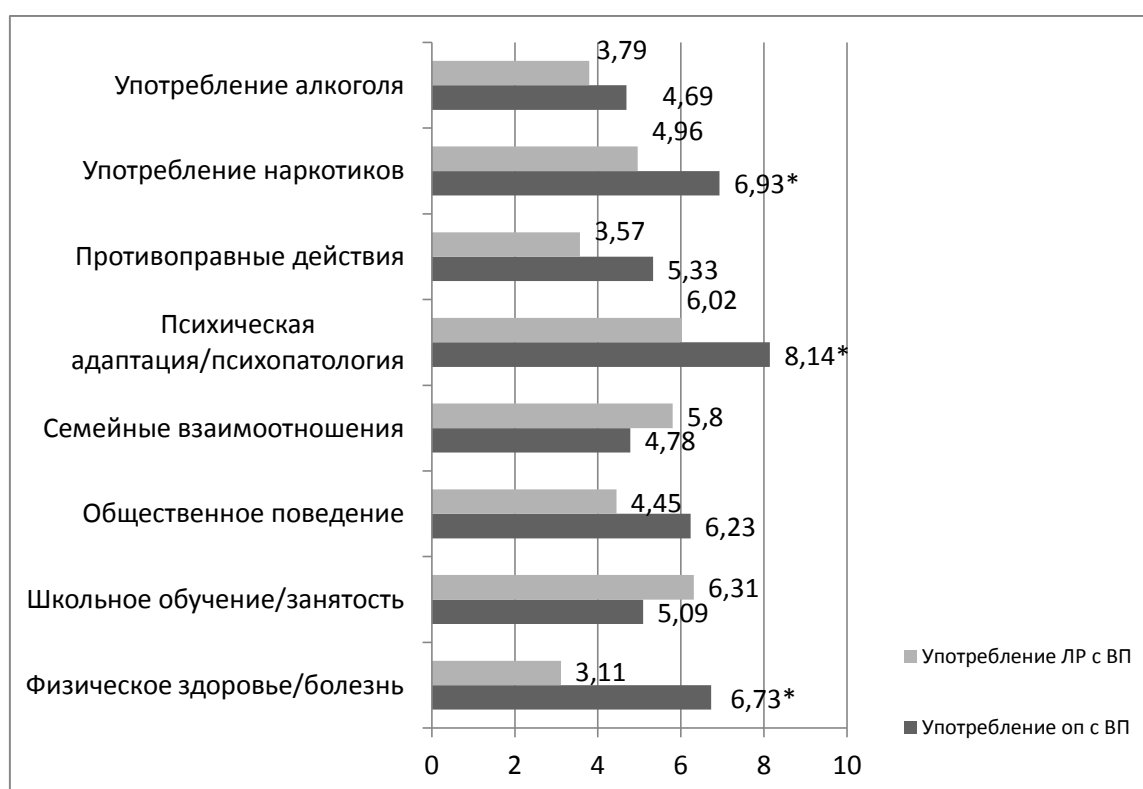
Примечание: * - различия статистически достоверны по t-критерию Стьюдента.

В связи с тем, что количество наблюдений ВИЧ-позитивных пациентов, употребляющих алкоголь с ВП и употребляющих стимуляторы с ВП, не превышало 10 (5 и 6 соответственно), в дальнейших расчетах сравнивались

только показатели ВИЧ-положительных пациентов, употребляющих опиоиды с ВП и летучие растворители с ВП.

В таблице 191 и рисунке 48 представлены различия между ВИЧ-положительными пациентами подгруппы употребления опиоидов с ВП и употребления летучих растворителей с ВП.

Из таблицы 191 видно, что ВИЧ-инфицированные пациенты, употребляющие опиоиды с ВП, отличались более выраженными нарушениями со стороны физического здоровья, психопатологии и тяжести употребления ПАВ по сравнению с пациентами, употребляющими летучие растворители с ВП. Средние значения шкалы «Общественное поведение», включающей в себя, помимо прочего, и вопросы, касающиеся рискованных форм сексуального поведения, достоверно не различались ($p > 0,05$).



*

Рисунок 48. Различие рейтинга тяжести употребления ПАВ у ВИЧ-положительных пациентов разных клинических подгрупп.

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

Таблица 191 – Различие рейтинга тяжести у ВИЧ-позитивных пациентов, употребляющих опиоиды с ВП и употребляющих летучие растворители с ВП

шкалы	ВИЧ-позитивные пациенты			p
	Всего (n=41) M±m	Употребление опиоидов с ВП (n=27) M±m	Употребление летучих раст-й с ВП (n=14) M±m	
Физическое здоровье/болезнь	5,06±0,133	6,73 ± 0,223	3,11 ± 0,234	0,001*
Школьное обучение/занятость	5,57±0,120	5,09 ± 0,119	6,31 ± 0,138	0,070
Общественное поведение	5,73±0,129	6,23 ± 0,162	4,45 ± 0,175	0,054
Семейные взаимоотношения	5,14±0,186	4,78 ± 0,122	5,80 ± 0,161	0,128
Психическая адаптация/психопатология	7,03±0,122	8,14 ± 0,169	6,02 ± 0,175	0,001*
Противоправные действия	4,62±0,140	5,33 ± 0,119	3,57 ± 0,140	0,068
Употребление наркотиков	5,85±0,183	6,93 ± 0,201	4,96 ± 0,222	0,022*
Употребление алкоголя	4,30±0,219	4,69 ± 0,152	3,79 ± 0,241	0,242

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

10.3. Адаптационная система личности ВИЧ-инфицированных пациентов

Механизмы психологической защиты у ВИЧ-инфицированных. В таблице 192 представлены средние значения механизмов психологической защиты (МПЗ) ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациентов основной группы.

Из таблицы 192 видно, что из восьми механизмов психологической защиты существенные отличия между ВИЧ-позитивными и ВИЧ-негативными пациентами наблюдаются по четырем из них. При этом можно сказать, что у ВИЧ-позитивных достоверно преобладали протективные (незрелые) механизмы защиты — «регрессия» и «реактивные образования», а у ВИЧ-негативных

выявлено более высокое значение дефензивного (зрелого) механизма «проекция». Исключение из выявленной закономерности составил механизм защиты «замещение», который преобладал у ВИЧ-позитивных пациентов.

Таблица 192 – Средние значения МПЗ ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациентов основной группы и группы сравнения

№	механизмы психологической защиты	основная группа		р	группа сравнения		р
		ВИЧ-позитивные M±m	ВИЧ-негативные M±m		ВИЧ-позитивные M±m	ВИЧ-негативные M±m	
1	Отрицание	79,16 ± 3,265	78,03 ± 1,299	0,644	80,45 ± 4,669	71,27 ± 4,924	0,001 *
2	Вытеснение	75,88 ± 3,854	76,25 ± 1,688	0,728	73,13 ± 5,114	70,94 ± 6,922	0,094
3	Регрессия	86,26 ± 3,868	78,16 ± 1,627	0,001 *	89,89 ± 4,366	80,61 ± 5,479	0,001 *
4	Компенсация	73,97 ± 3,584	74,66 ± 1,691	0,381	76,15 ± 4,719	79,73 ± 6,356	0,068
5	Проекция	60,14 ± 4,095	67,88 ± 1,834	0,001 *	77,88 ± 4,748	77,46 ± 4,657	0,993
6	Замещение	88,60 ± 3,613	77,18 ± 1,759	0,001 *	87,15 ± 3,987	76,43 ± 3,583	0,001 *
7	Интеллектуализация	65,41 ± 3,784	66,58 ± 1,615	0,493	61,54 ± 5,682	62,98 ± 6,094	0,625
8	Реактивные образования	78,18 ± 4,337	70,04 ± 1,776	0,001 *	77,14 ± 4,954	74,88 ± 6,155	0,168
9	Общая напряженность	50,18 ± 1,640	49,07 ± 0,767	0,336	53,46 ± 2,382	51,86 ± 2,863	0,229

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

В группе сравнения у ВИЧ-позитивных пациентов достоверно преобладают средние значения МПЗ «отрицание», «регрессия», «замещение». Таким образом, в группе сравнения так же, как и в основной группе, отмечается тенденция к

преобладанию среди ВИЧ-положительных больных незрелых механизмов психологической защиты и, кроме того, МПЗ «замещение».

Средние значения механизмов психологической защиты ВИЧ-положительных и ВИЧ-отрицательных пациентов с зависимостью от опиоидов и летучих растворителей представлены в таблице 193.

Таблица 193 – Средние значения МПЗ у ВИЧ-положительных и ВИЧ-отрицательных пациентов разных клинических подгрупп

механизмы психологической защиты	ВИЧ-положительные		p	ВИЧ-отрицательные		p
	1 под-группа M±m	2 под-группа M±m		1 под-группа M±m	2 под-группа M±m	
Отрицание	77,48 ± 5,671	81,66 ± 6,209	0,104	72,27 ± 1,745	87,33 ± 1,514	0,013*
Вытеснение	74,11 ± 5,846	75,91 ± 6,260	0,632	70,13 ± 1,726	83,39 ± 1,650	0,052
Регрессия	80,45 ± 5,182	83,81 ± 5,610	0,240	74,94 ± 1,925	79,12 ± 1,449	0,352
Компенсация	73,97 ± 4,926	72,53 ± 7,723	0,799	73,16 ± 1,982	76,85 ± 1,450	0,545
Проекция	60,44 ± 5,070	62,34 ± 6,722	0,202	61,37 ± 1,619	72,04 ± 1,414	0,067
Замещение	89,15 ± 6,394	86,77 ± 6,990	0,375	78,44 ± 1,685	77,61 ± 1,584	0,844
Интеллектуализация	63,07 ± 6,461	66,97 ± 6,885	0,155	65,05 ± 1,996	66,36 ± 1,643	0,894
Реактивные образования	81,28 ± 4,904	75,44 ± 6,491	0,062	67,82 ± 1,442	74,75 ± 1,490	0,117
Общая напряженность	52,13 ± 2,297	49,56 ± 3,338	0,055	48,28 ± 1,150	49,90 ± 1,049	0,053

Примечание: 1 подгруппа – употребление опиоидов с ВП, 2 подгруппа – употребление летучих растворителей с ВП

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

Из таблицы 193 видно, что достоверных различий между ВИЧ-позитивными пациентами, употребляющими опиоиды с ВП и употребляющими летучие растворители с ВП, не выявлено. В то же время между ВИЧ-негативными пациентами рассматриваемых подгрупп было различие по МПЗ «отрицание», который преобладал у пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП.

В таблице 194 представлены средние значения МПЗ ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациентов основной группы и группы сравнения.

Таблица 194 – Средние значения МПЗ ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациентов основной группы и группы сравнения

№	механизмы психологической защиты	ВИЧ-позитивные		р	ВИЧ-негативные		р
		основная гр. М±m	гр. сравнения М±m		основная гр. М±m	гр. сравнения М±m	
1	Отрицание	79,16 ± 3,265	80,45 ± 4,669	0,865	78,03 ± 1,299	71,27 ± 4,924	0,086
2	Вытеснение	75,88 ± 3,854	73,13 ± 5,114	0,422	76,25 ± 1,688	70,94 ± 6,922	0,135
3	Регрессия	86,26 ± 3,868	89,89 ± 4,366	0,215	78,16 ± 1,627	80,61 ± 5,479	0,071
4	Компенсация	73,97 ± 3,584	76,15 ± 4,719	0,298	74,66 ± 1,691	79,73 ± 6,356	0,344
5	Проекция	60,14 ± 4,095	77,88 ± 4,748	0,001 *	67,88 ± 1,834	77,46 ± 4,657	0,001*
6	Замещение	88,60 ± 3,613	87,15 ± 3,987	0,919	77,18 ± 1,759	76,43 ± 3,583	0,923
7	Интеллектуализация	65,41 ± 3,784	61,54 ± 5,682	0,672	66,58 ± 1,615	62,98 ± 6,094	0,617
8	Реактивные образования	78,18 ± 4,337	77,14 ± 4,954	0,955	70,04 ± 1,776	74,88 ± 6,155	0,408
9	Общая напряженность	50,18 ± 1,640	53,46 ± 2,382	0,427	49,07 ± 0,767	51,86 ± 2,863	0,613

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

Исходя из результатов таблицы 194 видно, что ВИЧ-позитивные пациенты основной группы и группы сравнения отличаются только достоверно более высокими значениями в группе сравнения МПЗ «проекция».

Различия МПЗ мальчиков-подростков и девочек-подростков представлены в таблице 195. Из таблицы 195 видно, что из восьми разновидностей МПЗ различие отмечается по четырем. У девочек-подростков выявляются достоверно более высокие средние значения шкал «регрессия» и «реактивные образования» и более низкие средние значения шкал «отрицание» и «замещение». Таким образом, ВИЧ-инфицированные девочки-подростки чаще используют незрелые защитные механизмы.

Таблица 195 – Средние значения МПЗ ВИЧ-инфицированных девочек-подростков и мальчиков-подростков основной группы

№	механизмы психологической защиты	девочки-подр. М±m	мальчики-подр. М±m	p
1	Отрицание	75,41±3,660	82,47±3,097	0,030 *
2	Вытеснение	76,11±4,291	74,55±4,675	0,345
3	Регрессия	90,45±4,755	79,17±4,350	0,002 *
4	Компенсация	73,77±4,422	72,60±4,270	0,540
5	Проекция	61,22±4,925	60,73±4,652	0,456
6	Замещение	84,56±5,212	90,04±4,810	0,015 *
7	Интеллектуализация	64,36±5,122	65,53±5,310	0,844
8	Реактивные образования	82,15±5,318	74,13±4,668	0,008 *

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

Типы совладающего поведения у ВИЧ-инфицированных. В таблице 196 представлены средние значения типов совладающего поведения (ТСП) ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациентов основной группы.

Результаты таблицы 196 говорят о том, что ВИЧ-позитивные подростки достоверно чаще использовали тип совладающего поведения «конфронтация» по сравнению с ВИЧ-негативными, а среди ВИЧ-негативных достоверно чаще преобладало «планирование решения проблемы». Т. е. у ВИЧ-позитивных

пациентов имелось предпочтение использования неконструктивных дезадаптивных типов совладания и выявлялась меньшая распространенность конструктивных копингов. ВИЧ-позитивные пациенты молодого возраста по сравнению с ВИЧ-негативными реже использовали конструктивные типы совладания – «поиск социальной поддержки» и «планирование решения проблемы».

Таблица 196 – Средние значения типов совладающего поведения ВИЧ-позитивных и с ВИЧ-негативных пациентов основной группы и группы сравнения

№	Типы совладающего поведения	Основная группа		p	Группа сравнения		p
		ВИЧ-поз. M±m	ВИЧ-нег. M±m		ВИЧ-поз. M±m	ВИЧ-нег. M±m	
1	Конфронтация	63,12 ± 2,010	55,89 ± 0,903	0,001 *	60,02 ± 1,436	60,71 ± 1,624	0,952
2	Дистанцирование	54,11 ± 1,488	56,82 ± 0,628	0,570	55,36 ± 1,781	58,14 ± 1,916	0,413
3	Самоконтроль	45,24 ± 1,344	48,06 ± 0,588	0,361	40,55 ± 1,511	41,77 ± 2,277	0,936
4	Поиск социальной поддержки	52,17 ± 1,723	48,82 ± 0,731	0,072	61,81 ± 2,585	51,29 ± 2,452	0,001 *
5	Принятие ответственности	52,74 ± 1,484	49,16 ± 0,688	0,090	59,06 ± 2,058	54,27 ± 1,583	0,280
6	Бегство-избегание	53,61 ± 1,696	57,08 ± 0,730	0,086	62,42 ± 2,394	65,06 ± 2,032	0,449
7	Планирование решения проблемы	41,82 ± 1,489	50,71 ± 0,657	0,001 *	46,57 ± 1,939	56,13 ± 2,180	0,001 *
8	Положительная переоценка	47,03 ± 1,299	45,98 ± 0,598	0,326	47,11 ± 1,836	50,86 ± 2,288	0,326

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

В таблице 197 представлены средние значения типов совладающего поведения ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациентов подгрупп употребления опиоидов с ВП и употребления летучих растворителей с ВП.

Исходя из данных таблицы 197 видно, что достоверных различий между типами совладающего поведения между ВИЧ-инфицированными пациентами, употребляющими опиоиды с ВП и употребляющими летучие растворители с ВП, не выявлено.

Таблица 197 – Средние значения типов совладающего поведения ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных разных подгрупп

Типы совладающего поведения	ВИЧ-позитивные		p	ВИЧ-негативные		p
	1 под-группа M±m	2 под-группа M±m		1 под-группа M±m	2 под-группа M±m	
Конфронтация	64,04 ± 3,193	52,73 ± 4,176	0,396	56,97 ± 1,500	54,22 ± 1,435	0,232
Дистанцирование	53,09 ± 2,592	54,44 ± 2,810	0,872	58,21 ± 1,089	54,98 ± 0,892	0,326
Самоконтроль	45,96 ± 2,628	46,60 ± 2,393	0,960	49,45 ± 1,057	46,02 ± 0,848	0,309
Поиск социальной поддержки	54,53 ± 3,085	50,88 ± 3,652	0,406	48,67 ± 1,444	48,91 ± 1,102	0,945
Принятие ответственности	52,34 ± 2,460	51,89 ± 2,577	0,943	51,92 ± 1,143	48,83 ± 0,972	0,419
Бегство-избегание	52,71 ± 2,258	53,63 ± 2,812	0,897	56,29 ± 1,315	58,99 ± 1,040	0,211
Планирование решения проблемы	41,14 ± 2,700	41,56 ± 2,730	0,962	51,74 ± 1,154	50,09 ± 1,070	0,870
Положительная переоценка	49,73 ± 2,057	47,12 ± 2,120	0,715	51,43 ± 0,998	40,71 ± 0,906	0,001 *

Примечание: 1 подгруппа – употребление опиоидов с ВП, 2 подгруппа – употребление летучих растворителей с ВП

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

В таблице 198 представлены средние показатели типов совладающего поведения в основной группе и группе сравнения у ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациентов. Из таблицы 198 видно, что ВИЧ-инфицированные подростки отличались от ВИЧ-инфицированных больных молодого возраста меньшей выраженностью стратегий совладающего поведения – «поиск

социальной поддержки», «принятие ответственности» и «бегство-избегание». У ВИЧ-негативных подростков по сравнению с такими же больными молодого возраста отмечены достоверно более низкие показатели стратегий совладания «конфронтация», «бегство-избегание», «планирование решения проблемы», «положительная переоценка» и достоверно более высокие показатели «самоконтроля». Учитывая, что все перечисленные стратегии отражают разную степень конструктивности/адаптивности совладающего поведения, говорить о какой-либо закономерности в возрастном предпочтении тех или иных «копингов» как среди ВИЧ-позитивных, так и среди ВИЧ-негативных не приходится.

Таблица 198 – Средние значения типов совладающего поведения в основной группе и группе сравнения у ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациентов

№	Типы совладающего поведения	ВИЧ-позитивные		p	ВИЧ-негативные		p
		основная гр. M±m	гр. сравнения M±m		основная гр. M±m	гр. сравнения M±m	
1	Конфронтация	63,12 ± 2,010	60,02 ± 1,436	0,403	55,89 ± 0,903	60,71 ± 1,624	0,001 *
2	Дистанцирование	54,11 ± 1,488	55,36 ± 1,781	0,837	56,82 ± 0,628	58,14 ± 1,916	0,233
3	Самоконтроль	45,24 ± 1,344	40,55 ± 1,511	0,122	48,06 ± 0,588	41,77 ± 2,277	0,001 *
4	Поиск социальной поддержки	52,17 ± 1,723	61,81 ± 2,585	0,001 *	48,82 ± 0,731	51,29 ± 2,452	0,355
5	Принятие ответственности	52,74 ± 1,484	59,06 ± 2,058	0,012 *	49,16 ± 0,688	54,27 ± 1,583	0,084
6	Бегство-избегание	53,61 ± 1,696	62,42 ± 2,394	0,028 *	57,08 ± 0,730	65,06 ± 2,032	0,001 *
7	Планирование решения проблемы	41,82 ± 1,489	46,57 ± 1,939	0,098	50,71 ± 0,657	56,13 ± 2,180	0,009 *
8	Положительная переоценка	47,03 ± 1,299	47,11 ± 1,836	0,967	45,98 ± 0,598	50,86 ± 2,288	0,031 *

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

Сравнение средних значения типов совладающего поведения у мальчиков-подростков и девочек-подростков представлено в таблице 199. Результаты показывают, что у девочек-подростков по сравнению с мальчиками-подростками выявляются достоверно более высокие показатели неконструктивных (дезадаптивных) способов совладающего поведения «конфронтация», «дистанцирование» и «бегство-избегание». Также чаще используется относительно конструктивный способ совладания – «положительная переоценка».

Таблица 199 – Средние значения ТСП ВИЧ-инфицированных девочек-подростков и мальчиков-подростков основной группы

№	типы совладающего поведения	девочки-подр. M±m	мальчики-подр. M±m	p
1	Конфронтация	65,77±2,265	60,56±2,548	0,013 *
2	Дистанцирование	59,47±1,970	50,96±2,294	0,001 *
3	Самоконтроль	45,18±1,935	45,25±1,859	0,817
4	Поиск социальной поддержки	54,89±2,676	51,70±2,061	0,330
5	Принятие ответственности	52,02±2,148	53,26±2,015	0,512
6	Бегство-избегание	56,17±2,442	50,28±2,202	0,024 *
7	Планирование решения проблемы	42,77±1,861	41,59±1,752	0,868
8	Положительная переоценка	51,18±1,887	43,33±1,701	0,002 *

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

Типы отношения к болезни у ВИЧ-инфицированных. В таблице 200 представлены средние значения шкал ТОБОЛ ВИЧ-инфицированных пациентов основной группы и группы сравнения.

Из таблицы 200 видно, что из 12 типов отношения к болезни между основной группой и группой сравнения отмечаются отличия по 8 типам. В основной группе достоверно преобладают средние значения анозогнозического, ипохондрического, сенситивного, эгоцентрического, паранойяльного и

дисфорического типов. В группе сравнения достоверно преобладали эргопатический, тревожный, неврастенический типы.

Таблица 200 – Средние значения шкал ТОБОЛ ВИЧ-инфицированных пациентов основной группы и группы сравнения

№	типы отношения к болезни	основная гр. M±m	гр. сравнения M±m	p
1	Гармоничный	2,41 ± 0,467	3,56 ± 0,834	0,106
2	Эргопатический	9,16 ± 0,315	11,66 ± 0,772	0,008 *
3	Анозогнозический	5,60 ± 0,898	2,98 ± 0,616	0,011 *
4	Тревожный	12,44 ± 0,646	14,83 ± 0,232	0,001 *
5	Ипохондрический	11,63 ± 0,378	7,16 ± 0,359	0,001 *
6	Неврастенический	10,57 ± 0,855	13,67 ± 0,744	0,001 *
7	Меланхолический	13,97 ± 0,704	12,56 ± 0,341	0,120
8	Апатический	12,42 ± 0,772	11,44 ± 0,290	0,238
9	Сенситивный	14,19 ± 0,290	12,07 ± 0,824	0,034 *
10	Эгоцентрический	11,26 ± 0,511	5,23 ± 0,692	0,001 *
11	Паранойяльный	8,77 ± 0,927	5,14 ± 0,490	0,001 *
12	Дисфорический	7,27 ± 0,235	2,66 ± 0,586	0,001 *
13	Сумма типов 1-го блока	17,17 ± 1,356	18,20 ± 2,446	0,577
14	Сумма типов 2-го блока	61,03 ± 3,067	59,66 ± 2,134	0,415
15	Сумма типов 3-го блока	41,49 ± 2,233	25,10 ± 2,682	0,001 *
16	Депрессивные тенденции	26,39 ± 1,411	24,00 ± 0,945	0,182 *
17	Агрессивные тенденции	16,04 ± 1,318	7,80 ± 0,755	0,001 *

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

Сумма типов 1 блока (включает гармонический, эргопатический и анозогнозический типы, отражающие сохранную психическую адаптацию личности в связи с болезнью), достоверно не различалась в двух исследуемых группах. Сумма типов 2 блока (включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы, для которых характерна внутриличностная направленность реагирования на болезнь) также достоверно не различалась в двух исследуемых группах. Сумма типов 3 блока (включает сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический типы, для которых характерна межличностная направленность реагирования на болезнь) была достоверно выше в основной группе. Депрессивные тенденции (суммы меланхолического и апатического типов отношения к болезни) в основной группе

и группе сравнения достоверно не различались, а агрессивные тенденции (суммы паранойяльного и дисфорического типов) были достоверно выше в основной группе. Таким образом, прийти к отчетливым выводам позволило не сопоставление отдельных типов, а сравнение суммарных показателей отношения к болезни. Здесь мы видим четкое преобладание у подростков основной группы типов отношения к болезни, проявляющихся дезадаптацией в сфере межличностных отношений. В этой же группе преобладают связанные с заболеванием агрессивные поведенческие тенденции.

Для дальнейшего сравнения изучаемых групп пациентов была проведена количественная оценка распространенности диагностических профилей типов отношения к болезни. Согласно методике «Психологическая диагностика отношения к болезни (ТОБОЛ)», выделяют следующие диагностические профили [142]:

1) «чистый» профиль отношения к болезни. В диагностической «области» профиля отчетливо преобладает какой-то один «пик», соответствующий ведущему типу отношения к болезни;

2) «смешанный» профиль. В диагностической зоне имеются два «пики», соответствующих типам отношения к болезни, относящимся к разным блокам. При этом различают «смешанный согласованный» профиль, при котором составляющие по смыслу согласуются между собой (сочетание типов 2 и 3 блоков), и «смешанный противоречивый» профиль, при котором составляющие типа по смыслу не согласуются (сочетания «тип 1 и 2 блока» или «тип 1 и 3 блока»);

3) «диффузный» профиль (неопределенный), при котором имеют более 2-х пиков, относящихся к различным блокам.

Наиболее адаптивным считается «чистый» диагностический профиль, при котором «пик» шкальных оценок расположен в области одного 1 блока. Данный тип профиля в нашем исследовании не был отмечен. Если «пики» шкальных оценок расположены в диагностической «области» 2 или 3 блоков (или при их сочетании – «смешанный согласованный» профиль), то такой профиль

расценивается как дезадаптивный с преимущественно интрапсихической или интерпсихической направленностью. «Смешанный противоречивый» профиль свидетельствует о том, что, несмотря на явления психической дезадаптации, больной делает попытки к занятию активной позиции в отношении заболевания и имеет место сохранение социального функционирования.

В таблице 201 представлено количество ВИЧ-инфицированных пациентов с разными диагностическими профилями отношения к болезни основной группы и группы сравнения.

Таблица 201 – Количество ВИЧ-инфицированных пациентов с разными диагностическими профилями отношения к болезни основной группы и группы сравнения

диагностический профиль отношения к болезни	основная группа		группа сравнения		Достовер- ность различий
	абс.	в %	абс.	в %	
«Чистые» типы	5	12,2	7	35,0	$\chi^2=4,424$ $p=0,035$ *
«Смешанный согласованный» профиль	21	51,2	-	-	$\chi^2=15,622$ $p=0,001$ *
«Смешанный противоречивый» профиль	7	17,1	2	10,0	$\chi^2=0,535$ $p=0,465$
«Диффузный» профиль	8	19,5	11	55,0	$\chi^2=7,894$ $p=0,005$ *
Всего	41	100,0	20	100,0	

Примечание: * – различия статистически достоверны.

Из таблицы 201 видно, что в основной группе по отношению к группе сравнения достоверно чаще встречался «смешанный согласованный» профиль отношения к болезни (сочетание типов 2 и 3 блока) и достоверно реже «чистые» типы и «диффузный» профиль. «Смешанный согласованный» профиль отношения к болезни встречался у более половины пациентов основной группы (51,2%).

Таким образом, для пациентов основной группы был характерен диагностический профиль отношения к болезни, включающий в себя сочетание внутриличностной направленности реагирования на болезнь и нарушения в межличностных взаимодействиях. Это в целом характеризует отношение к болезни как тотально-дезадаптивное, охватывающее все сферы жизни пациента (интраперсональную и интерперсональную).

В таблице 202 представлено количество ВИЧ-позитивных пациентов с разными диагностическими профилями отношения к болезни и разных клинических подгрупп (употребление опиоидов с ВП и употребление летучих растворителей с ВП).

Таблица 202 – Количество ВИЧ-позитивных пациентов с разными диагностическими профилями отношения к болезни в зависимости от клинической подгруппы

диагностический профиль отношения к болезни	употребление опиоидов с ВП		употребление летучих растворителей с ВП		достовер- ность различий
	абс.	в %	абс.	в %	
«Чистые» типы	3	11,1	2	14,3	$\chi^2=0,087$ $p=0,768$
«Смешанный согласованный» профиль	14	51,8	7	50,0	$\chi^2=0,321$ $p=0,571$
«Смешанный противоречивый» профиль	5	18,5	2	14,3	$\chi^2=0,117$ $p=0,733$
«Диффузный» профиль	5	18,5	3	21,4	$\chi^2=0,050$ $p=0,824$
Всего	27	100,0	14	100,0	

Из таблицы 202 видно, что достоверных различий в распространенности профилей отношения к болезни у ВИЧ-позитивных пациентов подгруппы

употребления опиоидов с ВП и пациентов подгруппы употребления летучих растворителей с ВП, не выявлено.

В соответствии с задачами исследования проводилось изучение возрастных аспектов ВИЧ-инфицирования. Отсутствие различий между отношением к болезни у пациентов разных клинических подгрупп позволило изучать пациентов, употребляющих опиоиды с ВП и употребляющих летучие растворители с ВП, в возрастном аспекте в совокупности.

Количество ВИЧ-позитивных пациентов разных возрастных групп с разными диагностическими профилями отношения к болезни представлено в таблице 203.

Таблица 203 – Количество пациентов с разными диагностическими профилями отношения к болезни в младшей и старшей возрастных группах

диагностический профиль отношения к болезни	младшая возрастная группа		старшая возрастная группа		достовер- ность различий
	абс.	в %	абс.	в %	
«Чистые» типы	2	10,5	3	13,6	$\chi^2=0,092$ $p=0,762$
«Смешанный согласованный» профиль	16	84,2	5	22,7	$\chi^2=15,425$ $p=0,001$ *
«Смешанный противоречивый» профиль	-	-	7	31,8	$\chi^2=7,290$ $p=0,007$ *
«Диффузный» профиль	1	5,3	7	31,8	$\chi^2=4,578$ $p=0,032$ *
Всего	19	100,0	22	100,0	

Примечание: * – различия статистически достоверны.

Из таблицы 203 видно, что в младшей возрастной группе по сравнению со старшей достоверно чаще встречается «Смешанный согласованный» профиль отношения к болезни, достоверно реже – «Смешанный противоречивый» и «Диффузный» профили. Достоверного различия между «Чистыми» типами

отношения к болезни не выявлено. Таким образом, в возрастном аспекте мы видим еще большее противопоставление типов отношения к болезни по критерию адаптивности/дезадаптивности. Пациенты младшей возрастной группы демонстрируют менее эффективные способы адаптации к заболеванию.

Количественные значения типов отношения к болезни у ВИЧ-инфицированных мальчиков-подростков и девочек-подростков представлены в таблице 204.

Таблица 204 – Средние значения шкал типов отношения к болезни у ВИЧ-инфицированных мальчиков-подростков и девочек-подростков

№	типы отношения к болезни	девочки-подр. M±m	мальчики-подр. M±m	p
1	Гармоничный	3,09±0,551	4,40±0,478	0,539
2	Эргопатический	12,38±0,776	14,57±0,315	0,317
3	Анозогнозический	2,16±0,654	6,40±0,818	0,175
4	Тревожный	13,06±0,859	7,95±0,607	0,013 *
5	Ипохондрический	10,37±0,615	7,86±0,384	0,089
6	Неврастенический	9,59±0,788	7,29±0,627	0,261
7	Меланхолический	13,02±0,732	9,90±0,466	0,176
8	Апатический	8,75±0,800	8,52±0,914	0,818
9	Сенситивный	12,21±0,981	13,84±0,654	0,367
10	Эгоцентрический	6,49±0,483	8,53±0,776	0,121
11	Паранойяльный	5,19±0,977	7,44±0,350	0,242
12	Дисфорический	4,86±0,721	7,59±0,453	0,073
13	Типы 1 блока	17,65±1,899	25,37±1,805	0,040 *
14	Типы 2 блока	54,79±3,016	41,16±3,848	0,046 *
15	Типы 3 блока	28,75±3,255	37,41±2,677	0,016 *

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

Из таблицы 204 видно, что сравнение отдельных типов отношения к болезни не выявляет достоверных различий (за исключением тревожного типа, который преобладает у девочек-подростков). Однако сопоставление суммарных

показателей блоков шкал, которые объединяют в себе близкие друг другу типы отношения к болезни, позволяет говорить о некоторых важных закономерностях. Так, суммарный показатель типов 1 блока (объединяет гармоничный, эргопатический и анозонозический типы), характеризующийся активным стремлением к преодолению болезни, был достоверно ниже у девочек-подростков. Одновременно с этим суммарный показатель 2 блока, отражающий тенденцию к пассивному отношению к болезни, смирению с ней (внутриличностная дезадаптация), был у девочек-подростков достоверно выше. Преобладание у мальчиков-подростков суммарного показателя типов 3 блока (сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический типы) указывает на преимущественно межличностный (социально-дезадаптивный) характер их отношения к болезни.

Количество ВИЧ-позитивных мальчиков-подростков и девочек-подростков с разными диагностическими профилями отношения к болезни представлено в таблице 205.

Таблица 205 – Количество пациентов с разными диагностическими профилями отношения к болезни в младшей и старшей возрастных группах

диагностический профиль отношения к болезни	девочки-подростки		мальчики-подростки		достовер- ность различий
	абс.	в %	абс.	в %	
«Чистые» типы	1	5,6	4	17,4	$\chi^2=1,321$ $p=0,250$
«Смешанный согласованный» профиль	15	83,3	6	26,1	$\chi^2=13,244$ $p=0,001$ *
«Смешанный противоречивый» профиль	2	11,1	5	21,7	$\chi^2=0,806$ $p=0,369$
«Диффузный» профиль	-	-	8	34,8	$\chi^2=7,779$ $p=0,005$ *
Всего	18	100,0	23	100,0	

Примечание: * – различие статистически достоверно.

Из таблицы 205 видно, что у девочек-подростков достоверно чаще встречался «Смешанный согласованный» профиль отношения к болезни и достоверно реже – «Диффузный» профиль. Достоверных различий между «Чистыми» типами отношения к болезни и по «Смешанному противоречивому» профилю не выявлено. Таким образом, отношение к болезни у девочек-подростков по сравнению с мальчиками-подростками характеризуется сочетанием внутриличностной направленности реагирования на болезнь и нарушениями в межличностных взаимоотношениях (тотально-дезадаптивное отношение к болезни).

Для изучения статистических взаимосвязей между типами отношения к болезни, механизмами психологической защиты и типами совладающего поведения был проведен анализ главных компонент, представляющий собой упрощенный аналог факторного анализа [128].

Результаты анализа главных компонент представлены в приложении 10. График собственных значений представлен на рисунке 66 приложения 10. Объясненная совокупность главных компонент представлены в таблице 398 приложения 10. Путем построения графика собственных значений для последующей интерпретации были отобраны 3 главные компоненты. Их составляющие представлены в таблице 206.

Первая компонента условно обозначена нами как компонента тотальной психической дезадаптации. Она отражает широкий спектр различных типов дезадаптивного отношения к болезни, связанных как с интра- и интерпсихическими ее механизмами (тотально-дезадаптивная концепция болезни). Компонента тотальной психической дезадаптации характеризуется высокими показателями компонентных нагрузок меланхолического (0,767), апатического (0,619), тревожного (0,602), ипохондрического (0,588), неврастенического (0,563), сенситивного (0,740), эгоцентрического (0,719), паранойяльного (0,699) и дисфорического (0,596) типов отношений к болезни, механизма психологической защиты «замещение» (0,553), типа совладающего

поведения «конфронтация» (0,511), шкал «Физическое здоровье/болезнь» (0,422), «Психическая дезадаптация/психопатология» (0,408) и «Общественное поведение» (0,371). В целом можно говорить о низком влиянии адаптивных типов отношения к болезни (сумма типов отношения к болезни 1 блока — -0,387) и высоком — дезадаптивных (сумма типов отношения к болезни 2 блока — 0,863, сумма типов отношения к болезни 3 блока — 0,908).

Таким образом, можно сказать, что дезадаптивные типы отношения к болезни в наибольшей степени связаны с механизмом психологической защиты «замещение» и типом совладающего поведения «конфронтация». Кроме того, в первую компоненту вошли ряд показателей с отрицательным знаком компонентных нагрузок. Это анозогнозический тип отношения к болезни (-0,489), механизмы психологической защиты «отрицание» (-0,443) и «интеллектуализация» (-0,468), тип совладающего поведения «поиск социальной поддержки» (-0,486). Последние характеристики защитно-совладающего поведения можно рассматривать как противостоящие тотально-дезадаптивной концепции болезни.

Вторая компонента представлена высокими компонентными нагрузками суммы отношений к болезни 2-го блока (0,604), незрелыми механизмами защиты «вытеснение» (0,600), «регрессия» (0,685) и «реактивные образования» (0,396), дезадаптивным типом совладающего поведения «бегство-избегание» (0,447), общей суммой напряженности защит (0,804), шкалой «Психическая дезадаптация/психопатология» (0,316), отрицательными значениями суммы типов 1-го блока (-0,661) и типом совладающего поведения «планирование решения проблемы» (-0,317). В целом можно сказать, что вторая компонента отражает **парциальный тип психической дезадаптации**, в основе которого лежит взаимосвязь высоконапряженных, преимущественно незрелых механизмов психологической защиты, с интрапсихической концепцией реагирования на болезнь и неконструктивным копингом «бегство-избегание».

Третья компонента включает в себя высокие компонентные нагрузки сумм 1-го (0,536) и 3-го блока (0,482), конструктивные и относительно конструктивные

типы совладающего поведения «поиск социальной поддержки» (0,485), «принятие ответственности» (0,584), «планирование решения проблемы» (0,436), «положительная переоценка» (0,602), отрицательное значение шкалы «Общественное поведение» (-0,402). Данная компонента отражает **относительно адаптивный тип психической адаптации**, основанный на взаимосвязи конструктивных и относительно конструктивных копингов со смешанным противоречивым типом личностного реагирования на болезнь (сочетание интерпсихически дезадаптивного и рационально-гармонического типов отношения к болезни). Последний, с нашей точки зрения, играет наиболее важную роль в процессе формирования внутренней картины болезни. Основанный на противопоставлении различных способов отношения к болезни — переживание тревоги, подавленность, ипохондрическая настороженность, с одной стороны, и стремление к активному социальному функционированию, с другой, он в наибольшей степени связан с интеграцией образа болезни в сознании больного.

Таблица 206 – Результаты анализа методом главных компонент основных адаптационных характеристик пациентов

	Компоненты, их составляющие и компонентные нагрузки (указаны в скобках)		
	тотальная психическая дезадаптация	парциальная психическая дезадаптация	относительная адаптивность
Собственное значение	8,198	4,231	2,686
% дисперсии	26,446	13,648	8,666
Шкалы ЕвроАДАД	физическое здоровье/болезнь (0,422) психическая дезадаптация/психо- патология (0,408) общественное поведение (0,371)	психическая дезадаптация/психо- патология (0,316)	общественное поведение (-0,402)

Продолжение таблицы 206

Механизмы психологической защиты	замещение (0,553) отрицание (-0,443) интеллектуализация (-0,651)	вытеснение (0,600) регрессия (0,685) реактивные образования (0,396) общая напряженность механизмов защиты (0,804)	-
Типы совладающего поведения	конфронтация (0,511) поиск социальной поддержки (-0,486)	бегство-избегание (0,447) планирование решения проблемы (-0,317)	поиск социальной поддержки (0,485) принятие ответственности (0,584) планирование решения проблемы (0,436) положительная переоценка (0,602)
Типы отношения к болезни	анозонозический (-0,489) меланхолический (0,767) апатический (0,619) тревожный (0,602) ипохондрический (0,588) неврастенический (0,563) сензитивный (0,740) эгоцентрический (0,719) паранойяльный (0,699) дисфорический (0,596) сумма типов отношений к болезни 1-блока (-0,387) сумма типов отношений к болезни 2-блока (0,863) сумма типов отношений к болезни 3-блока (0,908)	сумма типов отношений к болезни 1-блока (-0,661) сумма типов отношений к болезни 2-блока (0,604)	сумма типов отношений к болезни 1-блока (0,536) сумма типов отношений к болезни 3-блока (0,482)

На основании материала, представленного в данной главе, можно сделать следующие выводы:

1) ВИЧ-инфицированность и клиническая подгруппа употребления ПАВ с ВП. Результаты исследования показали, что ВИЧ-инфицированность у подростков с разной частотой встречается у пациентов всех 4-х клинических подгрупп – употребления опиоидов с ВП (30,3% пациентов), употребления летучих растворителей с ВП (14,7% пациентов), употребления алкоголя с ВП (8,8% пациентов), употребления стимуляторов с ВП (11,5 % пациентов). Распространенность ВИЧ-инфекции была достоверно выше среди пациентов, употребляющих опиоиды с ВП по сравнению с другими подгруппами пациентов ($p < 0,05$). Между другими подгруппами достоверных различий по этому показателю выявлено не было ($p > 0,05$). Таким образом, ВИЧ-инфекция у обследованных подростков наблюдается при употреблении ПАВ, непосредственно связанных как с инъекционным способом введения психоактивного вещества, так и с другими способами употребления. Заражение вирусом иммунодефицита у пациентов с употреблением алкоголя с ВП, употреблении стимуляторов с ВП и употреблении летучих растворителей с ВП было предположительно связано с половым путем. При употреблении летучих растворителей с ВП имело значение также эпизодическое употребление опиатов (героин) и ненаркотических анальгетиков (буторфанол, стадол).

2) ВИЧ-инфицирование и тяжесть употребления ПАВ с ВП. Исследование рейтинга тяжести употребления ПАВ и его последствий выявило, что при сходных количественных показателях употребления ПАВ и сопутствующего употребления алкоголя у ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациентов, у последних отмечается преобладание таких последствий, как проблемы с соматическим здоровьем, социальные и психопатологические последствия. Таким образом, различия рейтинга тяжести употребления ПАВ с ВП у пациентов двух указанных подгрупп выявляют наиболее очевидные, связанные с ВИЧ-инфицированием, последствия.

3) Адаптационная система личности у пациентов разных клинических подгрупп употребления ПАВ с ВП. Исходя из результатов исследования компонентов адаптационной системы личности, можно говорить о сходстве механизмов психологической защиты у ВИЧ-инфицированных пациентов, употребляющих разные ПАВ с ВП и в разные возрастные периоды. Оно заключается в близости профиля МПЗ у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП, и пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП, а также в преобладании регрессивно-заместительного стиля защитного поведения у ВИЧ-позитивных по сравнению с ВИЧ-негативными как в подростковом, так и в молодом возрасте. Наряду с этим в обоих возрастных периодах прослеживается тенденция к преобладанию у ВИЧ-позитивных по сравнению с ВИЧ-негативными незрелых механизмов защиты («отрицание», «реактивные образования»).

Исследование типов совладающего поведения у ВИЧ-инфицированных показало, что имеется предпочтение неконструктивных дезадаптивных типов совладания («конфронтация») и меньшая распространенность конструктивных копингов («планирование решения проблемы») у ВИЧ-позитивных пациентов по сравнению с ВИЧ-негативными. Возрастное различие в механизмах совладающего поведения связано с недостаточностью у ВИЧ-позитивных пациентов молодого возраста по сравнению с ВИЧ-негативными конструктивных типов совладания («поиск социальной поддержки» и «планирование решения проблемы»). Вид употребляемого ПАВ с ВП не оказывает существенного влияния на профиль совладающего поведения ВИЧ-инфицированных как в подростковом, так и в молодом возрасте.

4) Отношение к болезни у ВИЧ-инфицированных. У ВИЧ-инфицированных пациентов основной группы по отношению к группе сравнения достоверно чаще встречался «смешанный согласованный» диагностический профиль отношения к болезни, характеризующийся, согласно авторам методики ТОБОЛ, сочетанием внутриличностной и межличностной дезадаптации (тотально-дезадаптивное отношение к болезни). Указанный профиль характерен для более половины подростков основной группы. Это в целом характеризует их

отношение к болезни как тотально-дезадаптивное, охватывающая все сферы жизни пациента (интраперсональную и интерперсональную). Количественный расчет отдельных типов отношения к болезни показал, что у пациентов основной группы достоверно выше суммарный показатель, отражающий наличие связанных с заболеванием агрессивных поведенческих тенденций.

Отношение к болезни у ВИЧ-инфицированных и вид употребляемого ПАВ с ВП. Показано, что вид ПАВ не оказывает влияния на отношение к болезни. Не выявлено достоверных различий в распространенности диагностических профилей отношения к болезни у ВИЧ-инфицированных пациентов, употребляющих опиоиды с ВП и летучие растворители с ВП.

Возрастные различия отношения к болезни у ВИЧ-инфицированных. Различия в типах отношения к болезни у ВИЧ-инфицированных разных групп еще больше проявляются в возрастном аспекте. У пациентов младшей возрастной группы по сравнению со старшей достоверно чаще встречается «Смешанный согласованный» профиль отношения к болезни и достоверно реже – «Смешанный противоречивый» и «Диффузный» профили. Таким образом, в возрастном аспекте мы видим еще большее противопоставление типов отношения к болезни по критерию адаптивности/дезадаптивности. Пациенты младшей возрастной группы демонстрируют менее эффективные способы адаптации к заболеванию.

5) Половые различия в психологической адаптации у ВИЧ-инфицированных. У ВИЧ-инфицированных девочек-подростков по сравнению с мальчиками-подростками отмечается преобладание незрелых защитных механизмов («регрессия» и «реактивные образования»), неконструктивных (дезадаптивных) способов совладающего поведения («конфронтация», «дистанцирование», «бегство-избегание»), а также более низкий суммарный показатель типов отношений к болезни, характеризующийся активным стремлением к ее преодолению (гармоничный, эргопатический и анозонозический типы). Одновременно с этим у девочек-подростков наблюдается преобладание суммарного показателя типов отношений к болезни, отражающего пассивно-приспособительный тип интрапсихической адаптации (избегание,

несопротивление, «капитуляция» перед болезнью, психологическое дистанцирование от нее). Здесь мы видим отчетливую взаимосвязь установок по отношению к заболеванию с типами совладающего поведения, которые также характеризуются неконструктивной направленностью, стремлением к дистанцированию, избеганию имеющейся психологической проблемы.

Преобладание у мальчиков-подростков суммарного показателя типов 3 блока (сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический типы) указывает на преимущественно межличностный (социально-дезадаптивный) характер дезадаптации, связанный с ВИЧ-инфицированием. У девочек-подростков достоверно чаще встречался «Смешанный согласованный» профиль отношения к болезни и достоверно реже – «Диффузный» профили. Таким образом, отношение к болезни у девочек-подростков по сравнению с мальчиками-подростками характеризуется сочетанием внутриличностной дезадаптации, связанной с заболеванием, и нарушениями в межличностных взаимоотношениях (тотально-дезадаптивное отношение к болезни).

Обобщая результаты половых различий в адаптации ВИЧ-инфицированных, можно говорить о менее эффективных механизмах психологической адаптации к болезни у девочек-подростков в целом.

6) Взаимосвязь компонентов адаптационной системы личности у ВИЧ-инфицированных. В ходе исследования выявлены устойчивые взаимосвязи отдельных составляющих адаптационной системы личности, формирующие три основных компоненты психической дезадаптации ВИЧ-инфицированных подростков – тотальную, парциальную и относительно адаптивную. Каждая из них представляет собой различное сочетание тех или иных механизмов защиты, типов совладания и разновидностей отношения к болезни, определяющее более или менее конструктивный способ психической адаптации личности. Выявленные компоненты позволяют понять «внутреннюю логику» реагирования личности на болезнь, а именно конкретные мысли, чувства, установки и их взаимные сочетания, обеспечивающие, в конечном счете, более или менее успешный тип приспособления индивидуума к болезни, преодоления ее. Выявленные

составляющие универсально характеризуют личность больных и в итоге влияют на прогноз заболевания и эпидемиологическую безопасность пациентов с ВИЧ-инфекцией.

ГЛАВА 11. ПСИХОТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

11.1. Цели, задачи и содержание психотерапии

Цели и задачи психотерапии. Целью терапии явилась коррекция клинических проявлений РП и характеристик психологической адаптационной системы личности, влияющих на употребление ПАВ и его последствия.

Непосредственной мишенью терапии были поведенческие расстройства и негативные последствия злоупотребления ПАВ для разных сфер жизни пациентов – социально-юридической, образовательной, медицинской, семейной и др. Предполагалось, что их коррекция может косвенно влиять на количественные характеристики употребления ПАВ с ВП.

Задачами терапии были: оценка рейтинга тяжести употребления ПАВ с ВП у пациентов, получавших и не получавших психотерапию, с разными аддиктивными мотивами; оценка характеристик адаптационной системы личности (механизмы психологической защиты, типы совладающего поведения) разных подгрупп пациентов; оценка отношения к материнству и родительским функциям у девочек-подростков, прошедших коррекционные занятия; сравнение эффективности терапии девочек-подростков, прошедших когнитивно-поведенческую терапию и комплексную терапию, включающую указанную методику в сочетании с коррекцией отношения к материнству.

Содержание психотерапии. Содержание когнитивно-поведенческой терапии расстройств поведения и употребления ПАВ с ВП включало в себя: обсуждение отрицательных и положительных сторон собственного поведения, коррекцию однозначно негативной квалификации своих действий и поступков, попытку дать реалистическую оценку своему поведению, выявление неудач в общении с сверстниками, педагогами, родителями, которые на практике можно

исправить, смириться с тем, что на сегодняшний день исправить невозможно и др. Теоретической основой коррекции отклоняющегося поведения послужили представления о ложных когнитивных установках, «автоматизированном» мышлении, «дисфункциональных» мыслях и др., относящиеся к классическим понятиям когнитивно-поведенческой психотерапии [12]. Они использовались с учетом особенностей когнитивного стиля, характерного для пациентов с аддиктивным поведением [107].

Комплекс психотерапевтических методик, направленный на коррекцию отношения к материнству и родительским функциям. Применялся у девочек-подростков и включил комплекс методик, направленный на создание в сознании девочки-подростка положительного образа матери во всех ее аспектах: позитивное отношение в целом к браку и родительским функциям, принятие материнской роли, эмоциональную разделенность с ребенком, умение предотвращать связанные с ранним материнством экстремальные психологические ситуации, подготовка девушки-подростка к «переходному» материнству.

В главе «Оценка родительского отношения в семьях подростков с расстройствами поведения и употреблением психоактивных веществ с вредными последствиями» приводится подробное описание взаимосвязи отношения девочек-подростков в родительской семье и формирование у них установки на брак и материнство. Было установлено, что формирующаяся гиперпротективная установка на отношение к будущему ребенку является, во-первых, устойчивой характеристикой пациенток, во-вторых, сочетается с негативной установкой в отношении некоторых семейных функций. Таким образом, гиперпротективная установка к будущему ребенку рассматривается нами скорее как гиперкомпенсаторная отрицательная черта, нуждающаяся в коррекции для формирования более реалистических семейных установок [43, 377].

С этой целью использовались следующие методики: 1) обсуждение положительных сторон материнства, ценностей семьи, государственной поддержки, предоставление информации о социальных льготах; 2) обучение адекватному реагированию на «экстремальные» состояния детской психики,

обсуждение причин отрицательных эмоций детей, способам понимания матерью ребенка, умениям справиться со стрессовым состоянием, связанным с длительными отрицательными эмоциями детей; 3) обсуждение эффективных и неэффективных способов воздействия на младенца, традиционных ошибок, которые делают родители детей, воспитывающие ребенка с «трудным» темпераментом.

В качестве специфической методики, направленной на «раскрытие» материнских чувств использовалась методика прослушивания младенческого крика-плача, описанная в работе Stein L.B. и Brodsky S.L. [598]. Теоретическим основанием применения данной методики явилась теория привязанности Ainsworth M.D. и, в частности, положение о том, что крик-плач младенцев, вызывая у женщин стрессовое состояние, является психологическим механизмом мотивации ухода за ребенком [180]. Таким образом, в основу использованной в настоящей работе методики, корректирующей отношение к материнству, положен принцип формирования психологической готовности ухода за ребенком. Указанное вполне согласуется с данными литературы, согласно которым формирование чувства материнства у девушек происходит на протяжении всего периода онтогенеза [169].

Возможность применения методики коррекции отношения к материнству и родительским функциям была обоснована двумя обстоятельствами. Во-первых, формирование представлений об уходе за ребенком, его воспитании, поддержке, материнских функциях и обязанностях, родительстве в целом является разновидностью социальной компетентности и просоциальных форм поведения. Последним традиционно уделялась важная роль в процессе терапии поведенческих расстройств у подростков и аддиктивного поведения [46, 72, 240, 471, 578].

Во-вторых, обсуждение формирования материнства у обследованных девочек-подростков носит гипотетический характер и не затрагивает сферу актуальных психотравмирующих переживаний пациентов. Это представляется важным в свете существующих проблем современной когнитивно-поведенческой

терапии подростков. Считается, что ее низкая эффективность связана с тем, что подростки не используют выработанные на занятиях навыки в реальной жизни [369]. Одним из объяснений этому может быть изначальная «болезненность» для пациентов обсуждаемых при психотерапии тем взаимоотношения с сверстниками, родителями, органами правопорядка, школьного обучения, что связано с недавними психотравмами в этих жизненных сферах.

В этой связи обсуждение будущего возможного материнства у девочек-подростков больше носит проективный характер. На содержание переживаний, связанных с гипотетическим материнством, скорее проецируются отношения в родительской семье, характер взаимоотношений с противоположным полом и др., нежели собственный негативный/ позитивный опыт. Обсуждение этой темы «ни к чему не обязывает» пациенток. Отсутствие актуальных психотравмирующих переживаний в сфере представлений о возможном материнстве определило психологическую «открытость» девочек-подростков, заинтересованность в обсуждении вопросов, активную позицию в беседе.

11.2. 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. (в среднем через $13,1 \pm 0,7$ 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).

Сравнение 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.

11.3. Результаты интервенции (психотерапии)

В связи с тем, что ранее (в главе 8) было показано существенное различие клинических характеристик пациентов с разными мотивами употребления ПАВ с ВП, результаты интервенции (психотерапии) оценивались отдельно в каждой мотивационной группе.

Так как дисперсионный анализ (апостериорное множественное сравнение или post hoc сравнение) проводится при трех и более количестве сравниваемых групп, то для оценки различия группы КПТ и группы НИК до и после интервенции проводилось попарное сравнение групп.

Результаты сравнения группы КПТ и группы НИК у пациентов с мотивами КЭ. Исходные значения рейтинга тяжести у пациентов группы КПТ и группы НИК с мотивами коррекции эмоционально-негативного состояния (КЭ) представлены в таблице 207.

Таблица 207 – Сравнения групп КПТ и НИК до интервенции
(пациенты с мотивами КЭ)

шкалы	КПТ (n=33) M±m	НИК (n=145) M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	3,36 ± 0,256	3,46 ± 0,124	0,548
Школьное обучение/занятость	5,82 ± 0,172	6,11 ± 0,142	0,141
Общественное поведение	3,61 ± 0,254	3,33 ± 0,157	0,128
Семейные взаимоотношения	5,73 ± 0,339	5,97 ± 0,167	0,393
Психическая адаптация/психопатология	5,77 ± 0,172	6,05 ± 0,142	0,172
Противоправные действия	4,35 ± 0,258	4,01 ± 0,139	0,139
Употребление наркотиков	4,68 ± 0,234	4,43 ± 0,249	0,590
Употребление алкоголя	2,73 ± 0,466	2,83 ± 0,262	0,491

Примечание: достоверность различий оценивалась с помощью критерия U Манна-Уитни.

Из таблицы 207 видно, что до интервенции группы по всем шкалам достоверно не различались, что говорит об изначальном сходстве клинических характеристик двух изучаемых групп пациентов.

Сравнение рейтинга тяжести пациентов группы КПТ и группы НИК с мотивами КЭ после интервенции представлены в таблице 208.

Таблица 208 – Сравнения групп КПТ и НИК после интервенции
(пациенты с мотивами КЭ)

шкалы	КПТ (n=33) M±m	НИК (n=145) M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	4,80 ± 0,250	4,89 ± 0,099	0,539
Школьное обучение/занятость	6,47 ± 0,198	6,86 ± 0,110	0,063
Общественное поведение	3,76 ± 0,297	3,98 ± 0,121	0,392
Семейные взаимоотношения	6,03 ± 0,336	6,22 ± 0,168	0,543
Психическая адаптация/психопатология	6,71 ± 0,243	6,58 ± 0,137	0,393
Противоправные действия	4,40 ± 0,281	4,92 ± 0,124	0,047 *
Употребление наркотиков	5,28 ± 0,274	5,56 ± 0,197	0,379
Употребление алкоголя	2,50 ± 0,466	2,35 ± 0,206	0,437

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

Из таблицы 208 видно, что после интервенции между группами отмечалось достоверное отличие только по шкале «Противоправные действия», значения которой было выше в группе НИК, что говорит о более выраженных юридических

последствиях употребления ПАВ у этих пациентов. Указанная закономерность наглядно показана на рисунке 49.

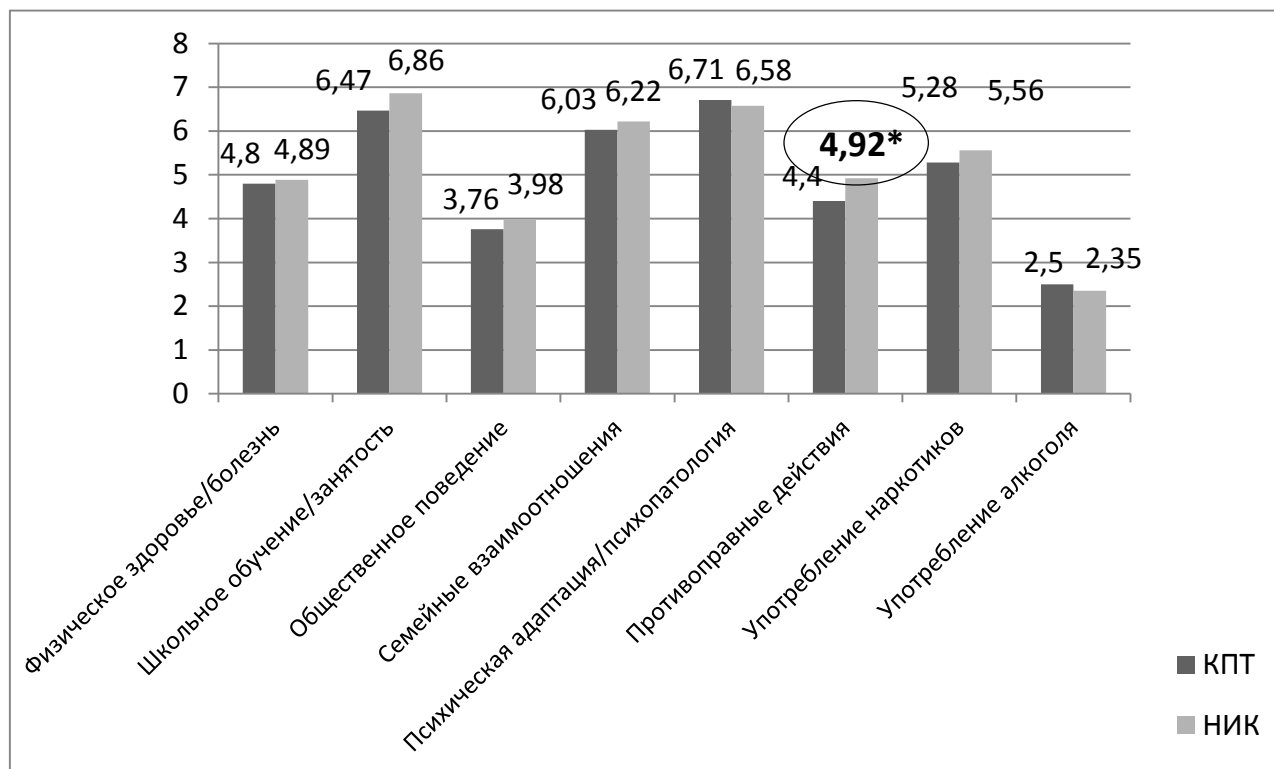


Рисунок 49. Рейтинг тяжести групп КРТ и НИК после интервенции (пациенты с КЭ).

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

Сравнение рейтингов тяжести шкал группы КРТ и группы НИК при первичном и повторном обследовании (до и после интервенции в среднем через 13,11 мес.) с помощью критерия ранговых знаков Вилкоксона представлено в таблице 209.

Из таблицы 209 видно, что у пациентов с мотивами КЭ, прошедших НИК, отмечалось достоверное увеличение рейтинга тяжести всех шкал, кроме шкалы «Употребление алкоголя», где отмечено достоверное снижение среднего значения. Это свидетельствует в пользу нарастания тяжести употребления ПАВ и его последствий у пациентов, прошедших низкоинтенсивное консультирование. По сравнению с ними у пациентов с мотивами КЭ, прошедших КРТ, не отмечалось увеличение рейтинга тяжести таких шкал, как «Общественное поведение» ($p=0,071$) и «Противоправные действия» ($p=0,634$). Следовательно,

когнитивно-поведенческая терапия, в нашем случае, способствовала снижению нарастания социально-юридических последствий употребления ПАВ. Отмеченные закономерности наглядно представлены на рисунках 50 и 51.

Таблица 209 – Рейтинг тяжести употребления ПАВ в группах КПТ и НИК при первичном и повторном обследовании (пациенты с мотивами КЭ)

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

Примечание: Z – значение критерия ранговых знаков Вилкоксона

* – различия статистически достоверны по Z-критерию.

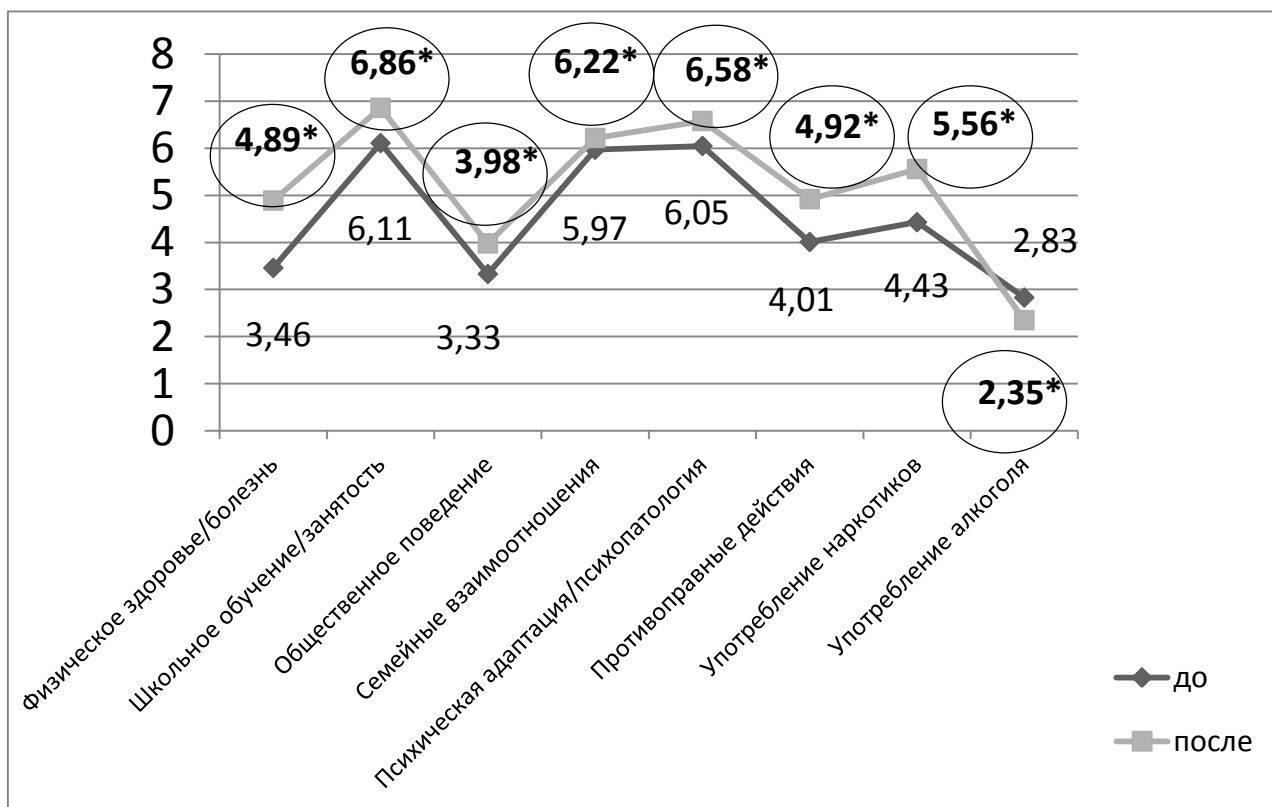


Рисунок 50. Рейтинг тяжести в группе НИК до и после интервенции (пациенты с КЭ).

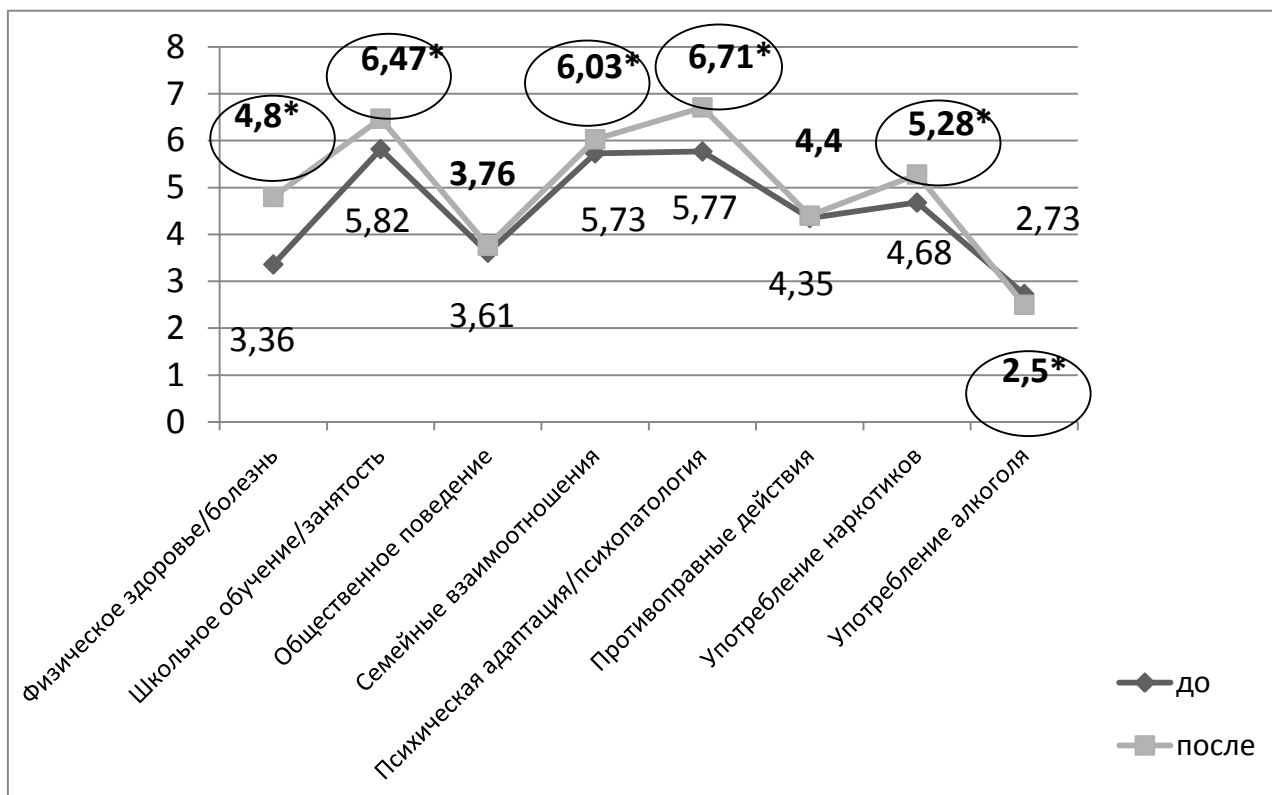


Рисунок 51. Рейтинг тяжести в группе КПТ до и после интервенции (пациенты с КЭ).

Результаты сравнения группы КПТ и группы НИК у пациентов с мотивами КЭ. Исходные значения (до интервенции) рейтинга тяжести у пациентов группы КПТ и группы НИК с мотивами СЭ представлены в таблице 210.

Таблица 210 – Сравнения групп КПТ и НИК до интервенции
(пациенты с мотивами СЭ)

шкалы	КПТ (n=35) M±m	НИК (n=49) M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	2,34 ± 0,250	2,36 ± 0,201	0,730
Школьное обучение/занятость	5,77 ± 0,203	5,67 ± 0,187	0,459
Общественное поведение	4,15 ± 0,243	4,10 ± 0,195	0,926
Семейные взаимоотношения	5,55 ± 0,295	5,04 ± 0,254	0,145
Психическая адаптация/психопатология	5,30 ± 0,188	5,25 ± 0,187	0,775
Противоправные действия	4,54 ± 0,284	4,50 ± 0,194	0,869
Употребление наркотиков	4,38 ± 0,380	4,30 ± 0,339	1,000
Употребление алкоголя	3,02 ± 0,320	3,21 ± 0,379	0,138

Примечание: достоверность различий оценивалась с помощью критерия U Манна-Уитни.

Из таблицы 210 видно, что до интервенции группы по всем шкалам достоверно не различались, что говорит об изначальном сходстве клинических характеристик двух изучаемых групп.

Сравнение рейтинга тяжести употребления ПАВ и его последствий у пациентов, проходивших КПТ и НИК с мотивами СЭ до и после интервенции, представлены в таблице 211 и рисунке 52.

Из таблицы 211 и рисунка 52 видно, что у пациентов групп КТП и НИК с мотивами СЭ отмечались достоверные различия средних значений 4-х шкал. У пациентов, прошедших КТП, были достоверно более низкие средние значения шкал «Общественное поведение», «Психическая адаптация/психопатология», «Противоправные действия» и «Употребление наркотиков» по сравнению с пациентами, прошедшими НИК, что характеризует более благоприятную ситуацию в этих сферах у пациентов группы КПТ. 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 указанные сферы жизни пациентов.

Таблица 211 – Сравнения групп КПТ и НИК после интервенции
(пациенты с мотивами СЭ)

шкалы	КПТ (n=35) M±m	НИК (n=49) M±m	p
Физическое здоровье/болезнь	3,70 ± 0,283	3,83 ± 0,172	0,412
Школьное обучение/занятость	6,13 ± 0,212	6,17 ± 0,173	0,721
Общественное поведение	4,42 ± 0,317	5,56 ± 0,131	0,000 *
Семейные взаимоотношения	5,85 ± 0,268	5,89 ± 0,256	0,895
Психическая адаптация/психопатология	5,44 ± 0,287	6,13 ± 0,144	0,001 *
Противоправные действия	4,84 ± 0,347	6,19 ± 0,187	0,006 *
Употребление наркотиков	4,54 ± 0,556	5,65 ± 0,245	0,000 *
Употребление алкоголя	2,72 ± 0,405	3,03 ± 0,304	0,068

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

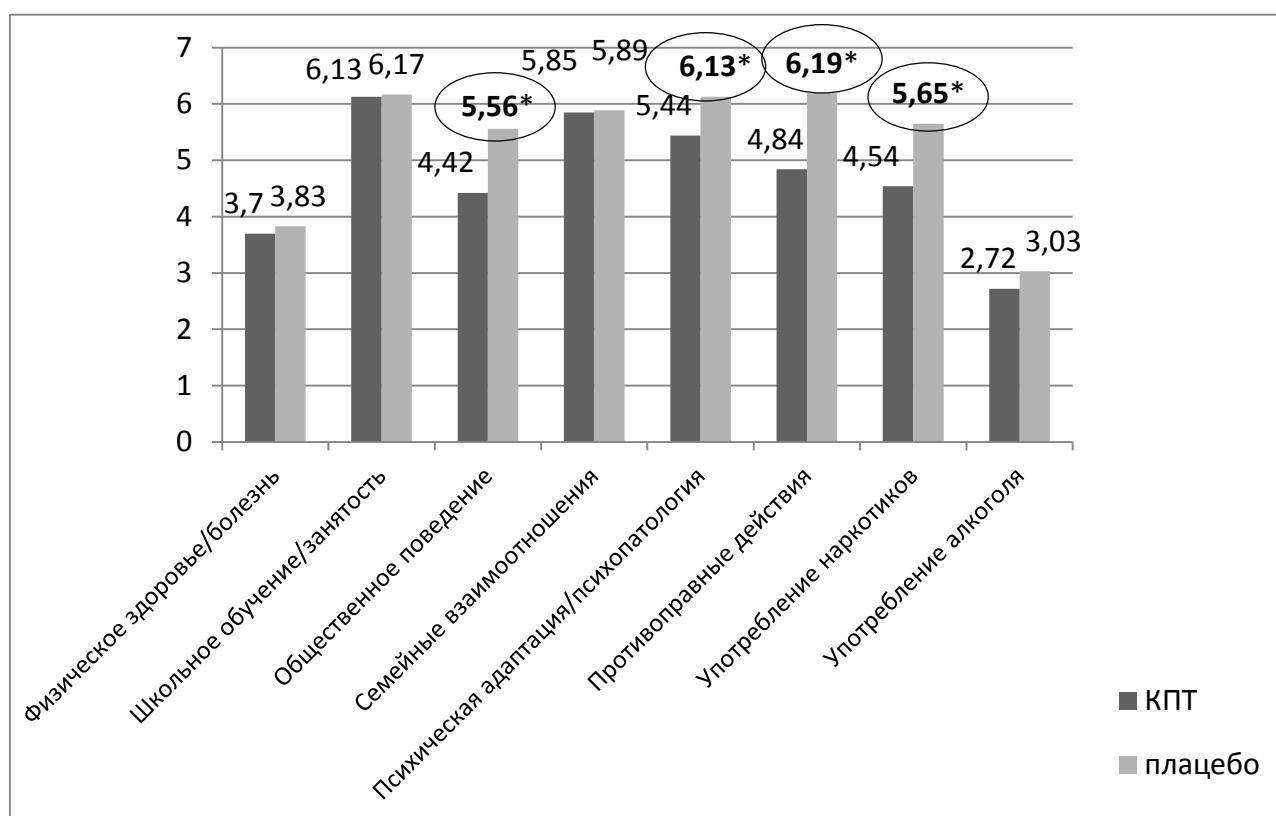


Рисунок 52. Рейтинг тяжести групп КПТ и НИК после интервенции
(пациенты с СЭ).

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

Сравнение рейтингов тяжести шкал групп КПТ и НИК при первичном и повторном обследовании с помощью критерия ранговых знаков Вилкоксона (пациенты с мотивами СЭ) представлено в таблице 212, рисунках 11.5 и 11.6.

Таблица 212 – Рейтинг тяжести употребления ПАВ в группах КПТ и НИК при первичном и повторном обследовании (пациенты с мотивами СЭ)

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

Примечание: Z – значение критерия ранговых знаков Вилкоксона

* – различия статистически достоверны по Z-критерию.

Из таблицы 212 и рисунков 53 и 54 видно, что у пациентов с мотивами СЭ группы НИК достоверно увеличились рейтинги тяжести всех шкал, что говорит о нарастании тяжести употребления ПАВ и его последствий у этих пациентов. Исключение составила шкала «Употребление алкоголя», где отмечено достоверное снижение среднего значения. У пациентов, прошедших КПТ, отсутствовала отрицательная динамика средних значений рейтингов тяжести шкал «Общественное поведение», «Психическая адаптация/психопатология», «Противоправные действия» и «Употребление наркотиков». Это дает основание

оценивать результаты применения КПТ как эффективные в отношении предотвращения нарастания тяжести употребления ПАВ, а также социально-юридических и психопатологических последствий у пациентов с мотивами СЭ.

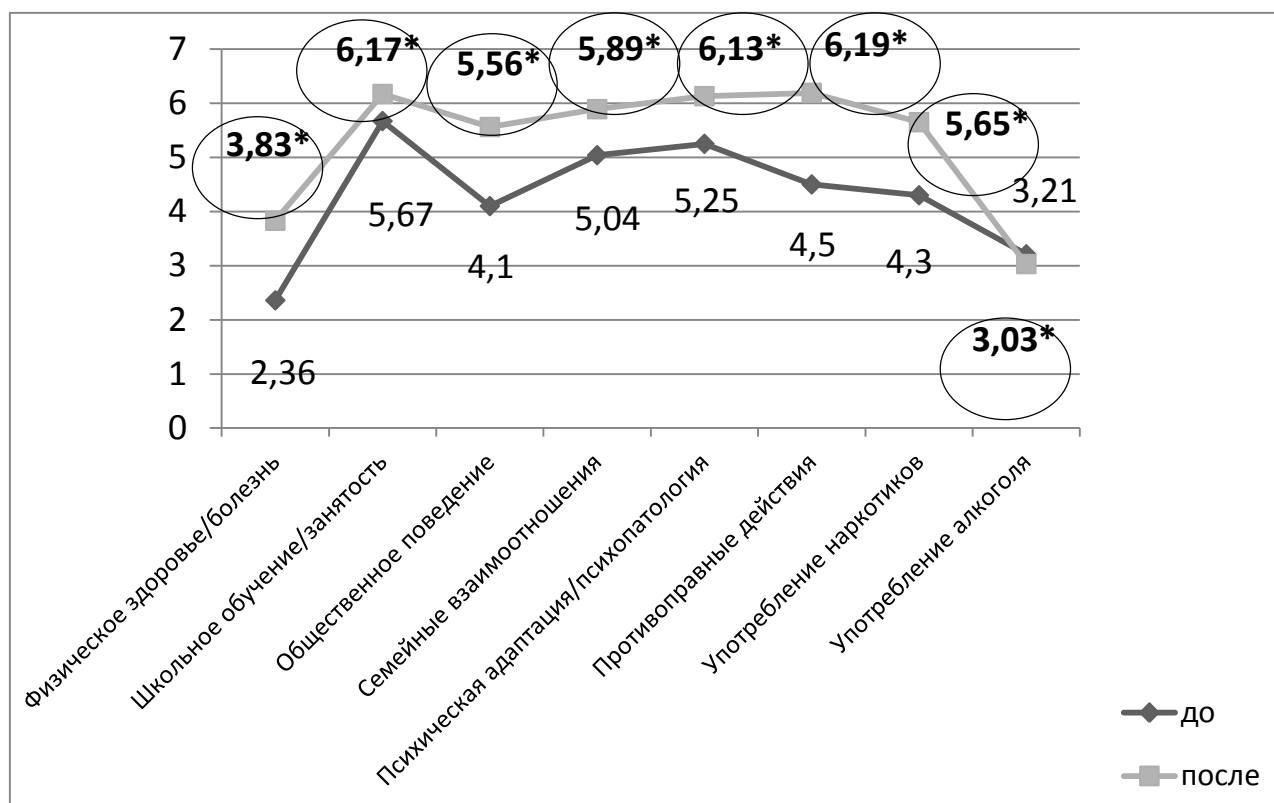


Рисунок 53. Динамика рейтинга тяжести употребления ПАВ в группе НИК (пациенты с СЭ).

Примечание: * - различия статистически достоверны до и после интервенции.

Таким образом, результаты применения КПТ у пациентов с мотивами СЭ продемонстрировали лучшие результаты по части меньших количественных характеристик употребления ПАВ, а также меньшего нарастания социально-юридических и психопатологических последствий употребления по сравнению с пациентами КЭ.

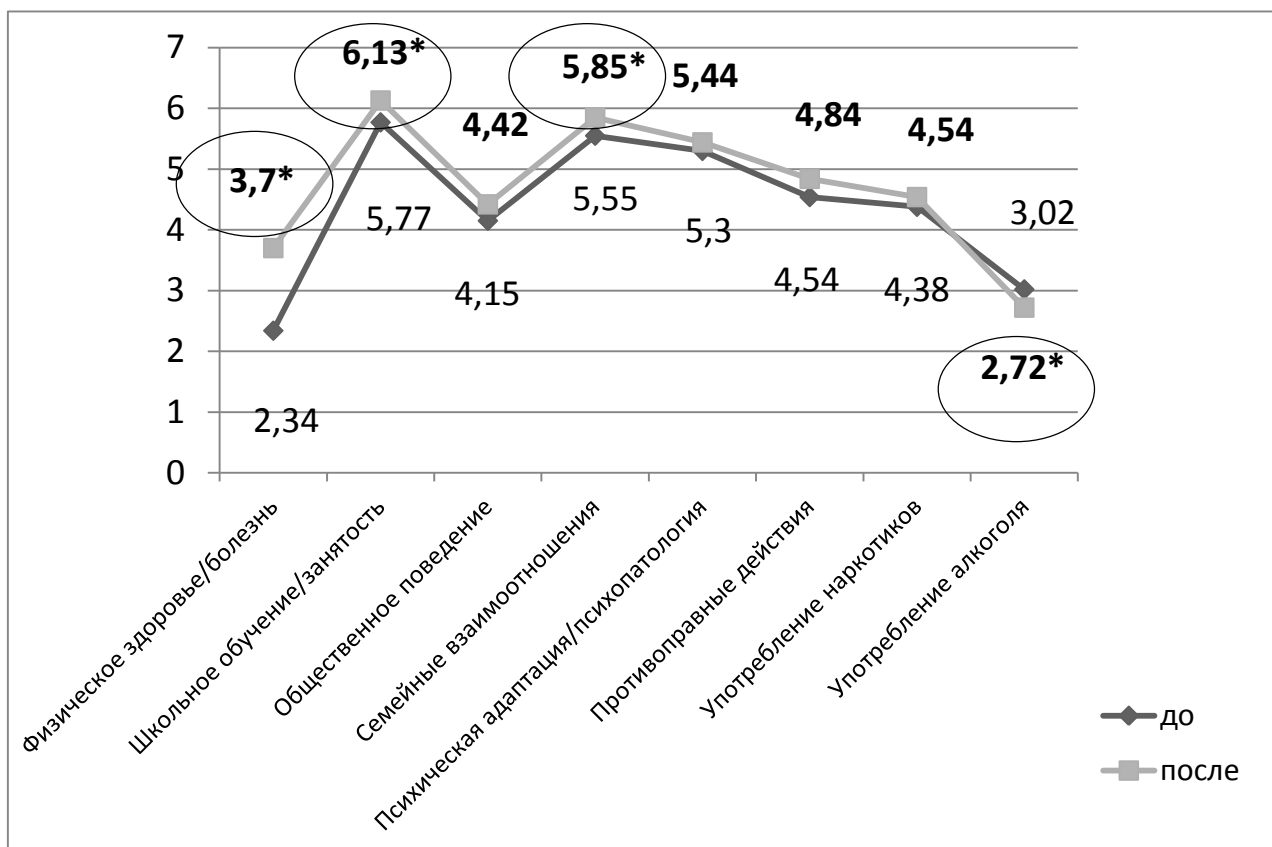


Рисунок 54. Динамика рейтинга тяжести употребления ПАВ в группе КПТ (пациенты с СЭ).

Примечание: * - различия статистически достоверны до и после интервенции.

Сравнение группы КПТ (девочки-подростки), группа КПМ (девочки-подростки) и группы НИК (девочки-подростки).

Средние значения рейтинга тяжести группы КПМ (девочки-подростки), КПТ (девочки-подростки) и НИК (девочки-подростки) до интервенции представлены в таблице 213.

В приложении 11.1 представлены результаты однофакторного дисперсионного анализа рейтинга тяжести шкал «ЕвроАДАД» до интервенции. Из таблицы 399 (приложение 11.1) видно, что межгрупповых различий дисперсий, исходя из значений F-критерия по всем шкалам «Евро-АДАД», не обнаружено. В таблице 400 приложения 11.1 представлены значения критериев однородности дисперсий групп по всем шкалам. Исходя их значений критерия Ливиня для апостериорного множественного сравнения, следует использовать

метод Шеффе. Результаты множественного межгруппового сравнения рейтинга тяжести по методу Шеффе показало, что достоверных различий между группами до интервенции не получено (таблица 401 приложения 11.1).

Таблица 213 – Сравнение рейтинга тяжести групп КПМ, КПТ, НИК до интервенции

шкалы	КПМ (n=31) M±m	КПТ (n=27) M±m	НИК (n=29) M±m
Физическое здоровье/болезнь	2,38±0,256	2,47±0,235	2,31±0,222
Школьное обучение/занятость	5,80±0,232	5,54±0,218	5,79±0,235
Общественное поведение	3,96±0,202	4,09±0,194	4,15±0,169
Семейные взаимоотношения	5,70±0,330	5,56±0,288	5,44±0,299
Психическая адаптация/психопатология	5,52±0,168	5,20±0,215	5,23±0,207
Противоправные действия	4,71±0,228	4,65±0,242	4,55±0,211
Употребление наркотиков	4,33±0,363	4,20±0,266	4,35±0,230
Употребление алкоголя	2,85±0,248	2,68±0,397	3,01±0,274

Примечание: достоверность различий оценивалась с помощью однофакторного дисперсионного анализа.

Таким образом, три изучаемые группы исходно не отличались друг от друга по рейтингу тяжести употребления ПАВ и его последствиям, что говорит о их изначальном клиническом сходстве.

Средние значения рейтинга тяжести группы КПМ (девочки-подростки), КПТ (девочки-подростки) и НИК (девочки-подростки) после интервенции показаны в таблице 214.

В приложении 11.2 представлены результаты однофакторного дисперсионного анализа рейтинга тяжести шкал «ЕвроАДАД» после интервенции. Из таблицы 402 (приложение 11.2) видно, что межгрупповых различий дисперсий, исходя из значений F-критерия по всем шкалам «ЕвроАДАД», не обнаружено. В таблице 403 представлены значения критериев однородности дисперсий групп по всем шкалам. Исходя их значений критерия Ливиня для апостериорного множественного сравнения шкал «Физическое

здоровье/болезнь», «Школьное обучение/занятость», «Семейные взаимоотношения», «Психическая адаптация/психопатология», «Употребление наркотиков», «Употребление алкоголя»?/ был использован метод Шеффе (дисперсии шкал отвечают критерию однородности). Для апостериорного множественного сравнения шкал «Общественное поведение» и «Противоправные действия» применен метод T2 Тамхейма.

Таблица № 214 – Сравнение рейтинга тяжести групп КПМ, КПТ, НИК после интервенции

шкалы	КПМ (n=31) M±m	КПТ (n=27) M±m	НИК (n=29) M±m
Физическое здоровье/болезнь	3,52±0,251	3,66±0,263	3,85±0,246
Школьное обучение/занятость	6,24±0,231	6,20±0,207	6,40±0,249
Общественное поведение	4,25±0,326*	4,39±0,246***	5,52±0,260
Семейные взаимоотношения	5,68±0,274* **	6,17±0,264	6,21±0,266
Психическая адаптация/психопатология	5,61±0,231*	5,50±0,245***	6,19±0,247
Противоправные действия	4,74±0,252*	4,63±0,446***	6,32±0,257
Употребление наркотиков	4,49±0,490*	4,45±0,438***	5,69±0,344
Употребление алкоголя	2,76±0,285	2,63±0,508	2,57±0,397

Примечание:

* – различия статистически достоверны между группой КПМ и группой НИК (по результатам апостериорного множественного сравнения однофакторного дисперсионного анализа)

** – различия статистически достоверны между группой КПМ и группой КПТ (по результатам апостериорного множественного сравнения однофакторного дисперсионного анализа)

*** – различия статистически достоверны между группой КПТ и группой НИК (по результатам апостериорного множественного сравнения однофакторного дисперсионного анализа).

Результаты множественного межгруппового сравнения рейтинга тяжести (таблица 404 приложения 11.2) показали, что достоверных различий между всеми тремя группами по шкалам «Физическое здоровье/болезнь» и «Школьное обучение/занятость» и «Употребление алкоголя» не выявлено.

Средние значения шкалы «Общественное поведение» в группе КПМ были достоверно ниже по сравнению с группой НИК. Значения этой шкалы в группе

КПТ по сравнению с группой НИК были также ниже. При этом достоверных различий между группами КПМ и КПТ не выявлено.

Средние значения шкалы «Семейные взаимоотношения» в группе КПМ были достоверно ниже и по сравнению с группой НИК и по сравнению с группой КПТ. Достоверных различий между группами КПТ и группой НИК не выявлено.

Сравнение средних значений шкалы «Психическая адаптация/психопатология» показало, что группы КПМ и КПТ между собой не различаются. При этом каждая из них отличается достоверно более низкими цифрами по сравнению с группой НИК.

Средние значения шкалы «Противоправные действия» в группе КПМ были достоверно ниже по сравнению с группой НИК. Средние значения группы КПТ по сравнению с группой НИК были также ниже. При этом достоверных различий между группами КПМ и КПТ не выявлено.

Сравнение средних значений шкалы «Употребление наркотиков» показало, что группы КПМ и КПТ между собой не различаются. При этом каждая из них отличается достоверно более низкими цифрами по сравнению с группой НИК.

Таким образом, обе группы интервенции (КПМ и КПТ) после проведенных психотерапевтических вмешательств демонстрировали меньшие социально-юридические последствия употребления ПАВ и меньшие количественные характеристики употребления наркотиков по сравнению с группой НИК. При этом группа КПМ отличалась от КПТ меньшими семейными последствиями употребления ПАВ. Следовательно, семейную ситуацию у пациентов, прошедших КПМ можно оценить как более благоприятную по сравнению с другими группами пациентов. Результаты КМП, таким образом, отвечают поставленным целям, задачам интервенции и содержанию методик.

Различие рейтинга тяжести шкал группы НИК при первичном и повторном обследовании с помощью критерия ранговых знаков Вилкоксона представлена в таблице 215 и рисунке 55. Из таблицы 215 видно, что в группе НИК отмечается нарастание рейтинга тяжести всех шкал, кроме шкалы «Употребление алкоголя», по которой отмечено достоверное снижение среднего значения.

Таблица 215 – Рейтинг тяжести употребления ПАВ при первичном и повторном обследовании (группа НИК)

шкалы	до интервенции M±m	после интервенции M±m	Z	p
Физическое здоровье/болезнь	2,31±0,222	3,85±0,246	-9,565	0,001*
Школьное обучение/занятость	5,79±0,235	6,40±0,249	-7,989	0,001*
Общественное поведение	4,15±0,169	5,52±0,260	-7,727	0,001*
Семейные взаимоотношения	5,44±0,299	6,21±0,266	-5,254	0,001*
Психическая адаптация/психопатология	5,23±0,207	6,19±0,247	-6,491	0,001*
Противоправные действия	4,55±0,211	6,32±0,257	-6,745	0,001*
Употребление наркотиков	4,35±0,230	5,69±0,344	-5,965	0,001*
Употребление алкоголя	3,01±0,274	2,57±0,397	-3,904	0,001*

Примечание: Z – значение критерия ранговых знаков Вилкоксона

* – различия статистически достоверны по Z-критерию.

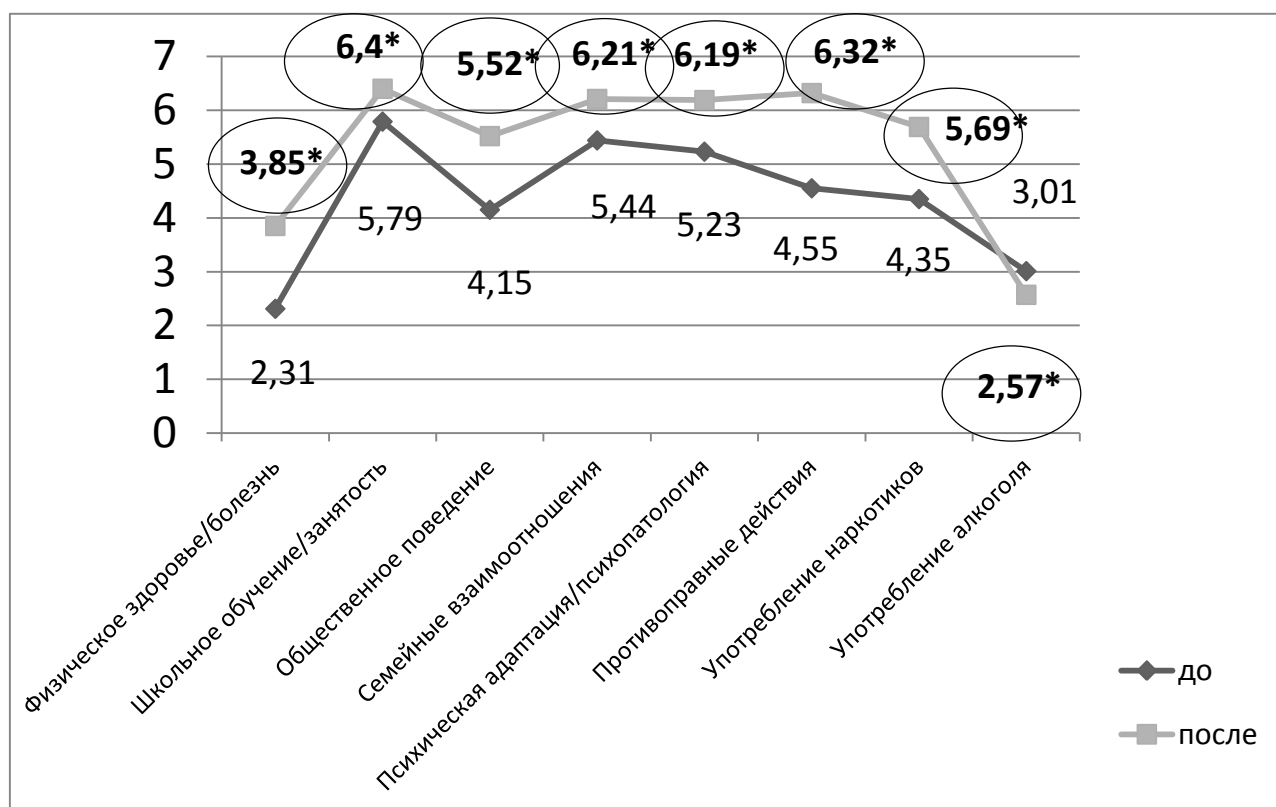


Рисунок 55. Рейтинг тяжести употребления ПАВ до и после интервенции (группа НИК).

Примечание: * - различия статистически достоверны до и после интервенции.

Сравнение рейтингов тяжести шкал группы КПТ при первичном и повторном обследовании (до и после интервенции) с помощью критерия ранговых знаков Вилкоксона представлено в таблице 216 и рисунке 56.

Таблица 216 – Рейтинг тяжести употребления ПАВ при первичном и повторном обследовании (группа КПТ)

шкалы	до интервенции M±m	после интервенции M±m	Z	p
Физическое здоровье/болезнь	2,47±0,235	3,66±0,263	-11,601	0,001*
Школьное обучение/занятость	5,54±0,218	6,20±0,207	-7,727	0,001*
Общественное поведение	4,09±0,194	4,39±0,246	-3,578	0,001*
Семейные взаимоотношения	5,56±0,288	6,17±0,264	-6,646	0,001*
Психическая адаптация/психопатология	5,20±0,215	5,50±0,245	-3,304	0,001*
Противоправные действия	4,65±0,242	4,63±0,446	-0,147	0,950
Употребление наркотиков	4,20±0,266	4,45±0,438	-3,465	0,024*
Употребление алкоголя	2,68±0,397	2,63±0,508	-0,106	0,914

Примечание: Z – значение критерия ранговых знаков Вилкоксона

* – различия статистически достоверны по Z-критерию.

Из таблицы 216 видно, что в группе КПТ отмечается достоверное нарастание средних значений рейтинга тяжести 6 из 8 шкал: «Физическое здоровье/болезнь», «Школьное обучение/занятость», «Общественное поведение», «Семейные взаимоотношения», «Психическая адаптация/психопатология» и «Употребление наркотиков». Отсутствовала отрицательная динамика только 2-х шкал – «Противоправные действия» и «Употребление алкоголя». Сопоставляя эти данные с результатами апостериорного сравнения групп КПТ и НИК, можно говорить о преимущественном влиянии когнитивно-поведенческой терапии на социально-юридические последствия употребления ПАВ.

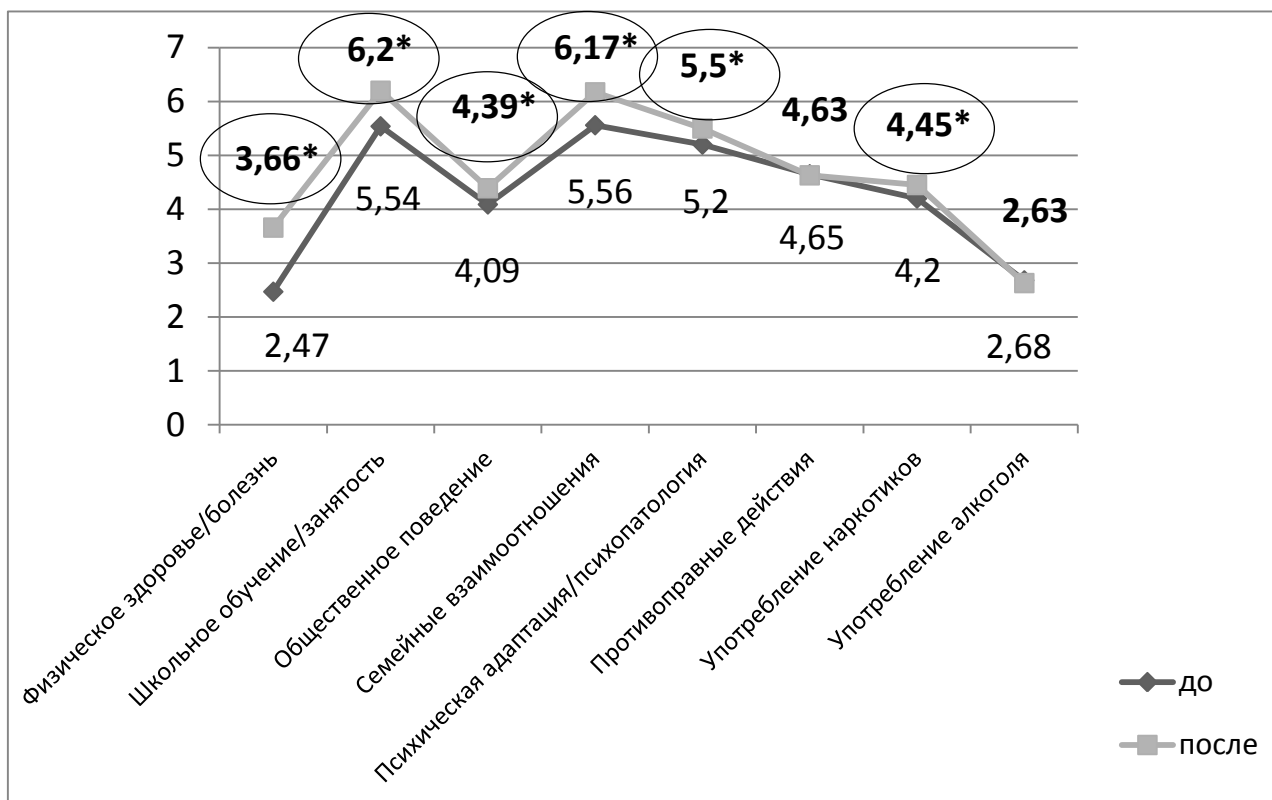


Рисунок 56. Рейтинг тяжести употребления ПАВ до и после интервенции (группа КПТ).

Примечание: * - различия статистически достоверны до и после интервенции.

Сравнение рейтингов тяжести шкал группы КПМ при первичном и повторном обследовании до и после интервенции с помощью критерия ранговых знаков Вилкоксона представлено в таблице 217 и рисунке 57.

Из таблицы 217 и рисунка 57 видно, что в группе КПМ отсутствовала отрицательная динамика 5 из 8 шкал – «Семейные взаимоотношения», «Психическая адаптация/психопатология», «Противоправные действия», «Употребление наркотиков» и «Употребление алкоголя».

Таблица 217 – Рейтинг тяжести употребления ПАВ при первичном и повторном обследовании (группа КПМ)

шкалы	до интервенции M±m	после интервенции M±m	Z	p
Физическое здоровье/болезнь	2,38±0,256	3,52±0,251	-12,247	0,001*
Школьное обучение/занятость	5,80±0,232	6,24±0,231	-4,785	0,001*
Общественное поведение	3,96±0,202	4,25±0,326	-2,667	0,001*
Семейные взаимоотношения	5,70±0,330	5,68±0,274	-0,261	0,939
Психическая адаптация/психопатология	5,52±0,168	5,61±0,231	-1,614	0,795
Противоправные действия	4,71±0,228	4,74±0,252	-0,161	0,934
Употребление наркотиков	4,33±0,363	4,49±0,490	-1,179	0,417
Употребление алкоголя	2,85±0,248	2,76±0,285	-0,935	0,735

Примечание: Z – значение критерия ранговых знаков Вилкоксона;

* – различия статистически достоверны по Z-критерию.

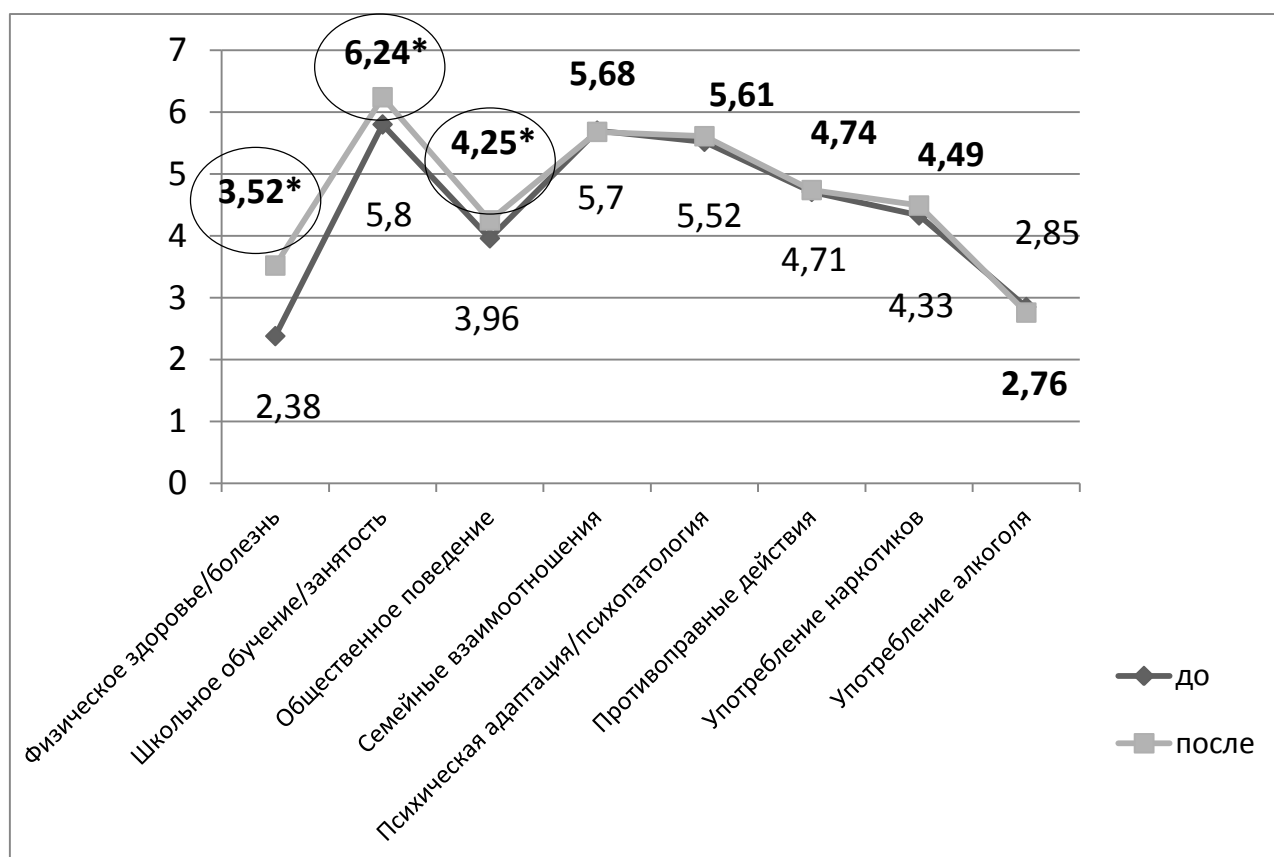


Рисунок 57. Рейтинг тяжести употребления ПАВ до и после интервенции (группа КПМ).

Примечание: * - различия статистически достоверны до и после интервенции.

Таким образом, можно говорить о более широком спектре воздействия КПМ по сравнению с НИК, который позитивно влияет на количественные характеристики употребления наркотиков и алкоголя, социально-юридические, психопатологические и семейные последствия злоупотребления ПАВ. По сравнению с КПТ пациентки, прошедшие КПМ, демонстрируют меньшие семейные последствия употребления ПАВ, что отвечает задачам и содержанию комплекса психотерапевтических методик.

Результаты оценки эффективности коррекции отношения к материнству и родительским функциям. Оценка эффективности методик коррекции отношения к материнству проводилась с помощью методики «Измерение родительских установок и реакций» в период до и после психотерапевтической интервенции.

Результаты исследования девочек-подростков в динамике по методике «Измерение родительских установок и реакций» представлены в таблице 218.

Таблица 218 – Результаты методики «Измерение родительских установок и реакций» до и после проводимой коррекции

шкалы	до интер- венции $M \pm \sigma$	после ин- тервенции $M \pm \sigma$	p
Вербализация (предоставление ребенку возможности высказаться)	5,20±1,859	6,65±0,933	p=0,030*
Чрезмерная забота (оберегание от трудностей)	7,87±1,506	4,17±0,877	p=0,001*
Зависимость матери от семьи (роль «хозяйки»)	5,80±0,941	3,93±1,126	p=0,001*
Подавление воли ребенка	5,40±1,724	3,31±1,106	p=0,002*
Ощущение самопожертвования	4,93±2,052	3,04±0,750	p=0,044*
Опасение обидеть ребенка	5,67±1,113	4,07±1,120	p=0,020*
Семейные конфликты	4,00±1,309	2,24±1,118	p=0,008*
Раздражительность родителей	6,20±0,775	6,01±1,714	p=0,734
Излишняя строгость родителей	5,60±2,667	5,93±0,916	p=0,802
Исключение внесемейных влияний (зависимость ребенка от матери)	5,07±2,282	4,89±1,313	p=0,226

Продолжение таблицы 218

Сверхавторитет родителей (поощрение зависимости от родителей)	7,13±1,727	6,75±2,001	p=0,405
Подавление агрессивности ребенка	5,73±1,100	5,88±1,781	p=0,880
Неудовлетворенность ролью хозяйки	7,13±1,598	4,88±1,672	p=0,001*
Партнерские отношения между родителем и ребенком	6,07±1,870	7,22±2,378	p=0,115
Поощрение активности ребенка	4,33±1,397	4,15±1,775	p=0,906
Избегание общения с ребенком	4,47±0,990	4,40±1,550	p=0,950
Безучастность мужа	4,20±1,320	4,47±0,743	p=0,892
Подавление сексуальности ребенка	4,73±1,792	4,66±1,113	p=0,800
Доминирование матери	5,93±1,534	6,07±1,223	p=0,877
Чрезмерное вмешательство в мир ребенка	3,67±1,589	2,01±0,891	p=0,012*
Равные отношения родителей и ребенка	3,60±1,298	3,53±0,995	p=0,870
Стремление ускорить развитие ребенка	4,80±2,274	4,56±2,639	p=0,767
Несамостоятельность матери	4,87±1,060	5,00±2,620	p=0,630

Примечание: * - различия статистически достоверны по критерию Вилкоксона.

Из таблицы 218 видно, что под влиянием психотерапевтической коррекции достоверно ниже стали, прежде всего, гиперпротективные характеристики воспитательной позиции, отражающие излишнюю концентрацию родителя на ребенке: чрезмерная забота (оберегание от трудностей), подавление воли ребенка, опасение обидеть ребенка и чрезвычайное вмешательство в мир ребенка. Кроме этого, достоверно уменьшились показатели, характеризующие гиперпатическое отношение к семейной роли: 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, отмечалась положительная динамика в отношении ряда важных показателей материнских установок.

Результаты исследования характеристик адаптационной системы личности пациентов, прошедших и не прошедших терапию.

Механизмы психологической защиты у пациентов группы КПТ и НИК.
В таблице 219 представлены исходные значения МПЗ пациентов групп КПТ и НИК мотивами КЭ до интервенции.

Таблица 219 – Механизмы психологической защиты у пациентов групп КПТ и НИК до интервенции (мотивы КЭ)

механизмы психологической защиты	КПТ М±m	НИК М±m	р по Манну-Уитни
Отрицание	77,75 ± 3,050	78,91 ± 2,180	0,489
Вытеснение	76,17 ± 5,038	79,71 ± 2,662	0,381
Регрессия	84,19 ± 4,915	83,94 ± 2,612	0,667
Компенсация	81,92 ± 4,591	77,54 ± 2,617	0,518
Проекция	71,94 ± 5,674	66,71 ± 2,992	0,480
Замещение	86,14 ± 5,586	89,35 ± 2,784	0,836
Интеллектуализация	65,26 ± 4,573	66,19 ± 2,728	0,876
Реактивные образования	72,78 ± 4,432	70,79 ± 2,890	0,931
Сумма МПЗ	51,96 ± 2,185	52,22 ± 1,209	0,787

Примечание: достоверность различий оценивалась с помощью критерия U Манна-Уитни.

Из таблицы 219 видно, что достоверных различий между исходными значениями шкал МПЗ и показателем общей напряженности у пациентов с мотивами КЭ групп КПТ и НИК не отмечается.

В таблице 220 представлены исходные значения МПЗ пациентов групп КПТ и НИК с мотивами СЭ до интервенции.

Из таблицы 220 видно, что достоверных различий между исходными значениями шкал МПЗ и показателем общей напряженности у пациентов с мотивами СЭ групп КПТ и НИК не отмечается. Таким образом, обе изучаемые группы (КПТ и НИК) демонстрировали изначальное сходство защитных механизмов в группе пациентов как с мотивами КЭ, так и с мотивами СЭ.

В таблице 221 представлены значения МПЗ пациентов групп КПТ и плацебо после интервенции (мотивы КЭ).

Таблица 220 – Механизмы психологической защиты у пациентов групп КПТ и НИК до интервенции (мотивы СЭ)

механизмы психологической защиты	КПТ M±m	НИК M±m	p по Манну-Уитни
Отрицание	80,66 ± 3,448	76,78 ± 2,081	0,337
Вытеснение	74,99 ± 4,587	72,22 ± 3,276	0,405
Регрессия	73,82 ± 4,518	68,52 ± 3,385	0,576
Компенсация	67,51 ± 4,945	68,41 ± 3,508	1,000
Проекция	62,81 ± 5,785	63,48 ± 3,808	0,907
Замещение	65,84 ± 4,563	65,83 ± 3,845	0,827
Интеллектуализация	66,76 ± 5,011	66,61 ± 2,849	0,803
Реактивные образования	75,24 ± 5,733	70,94 ± 3,210	0,480
Сумма МПЗ	47,09 ± 1,560	45,98 ± 1,635	0,606

Примечание: достоверность различий оценивалась с помощью критерия U Манна-Уитни.

Таблица 221 – Механизмы психологической защиты у пациентов групп КПТ и НИК после интервенции (мотивы КЭ)

механизмы психологической защиты	КПТ M±m	НИК M±m	p
Отрицание	76,03 ± 4,355	76,32 ± 2,440	0,522
Вытеснение	77,08 ± 5,573	80,22 ± 2,897	0,392
Регрессия	87,40 ± 4,322	94,90 ± 2,834	0,019 *
Компенсация	83,71 ± 5,034	80,12 ± 2,703	0,505
Проекция	73,56 ± 5,595	75,40 ± 2,846	0,116
Замещение	94,02 ± 5,020	98,95 ± 2,603	0,040 *
Интеллектуализация	65,62 ± 5,224	65,52 ± 2,703	0,990
Реактивные образования	77,39 ± 5,459	72,11 ± 3,099	0,287
Сумма МПЗ	55,32 ± 2,065	54,66 ± 0,854	0,986

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

Из таблицы 221 видно, что пациенты с мотивами КЭ группы КПТ отличаются от группы НИК достоверно более низкими средними значениями шкал «регрессия» и «замещение». Так как указанные типы защиты относятся к незрелым и дезадаптивным, это позволяет говорить о положительной динамике адаптационных характеристик личности пациентов после интервенции. С другой стороны, отсутствие достоверных различий показателя общей напряженности

МПЗ свидетельствует о схожести защитного профиля у пациентов обеих изучаемых групп.

В таблице 222 представлены значения МПЗ пациентов с мотивами СЭ групп КПТ и НИК после интервенции.

Таблица 222 – Механизмы психологической защиты у пациентов групп КПТ и НИК после интервенции (мотивы СЭ)

механизмы психологической защиты	КПТ M±m	НИК M±m	p
Отрицание	84,16 ± 4,395	80,84 ± 3,944	0,039 *
Вытеснение	71,50 ± 5,411	75,68 ± 3,952	0,510
Регрессия	58,61 ± 4,638	65,23 ± 4,331	0,011 *
Компенсация	61,40 ± 5,317	67,39 ± 4,257	0,046 *
Проекция	51,58 ± 3,943	58,70 ± 4,156	0,019 *
Замещение	48,82 ± 4,541	58,10 ± 3,970	0,001 *
Интеллектуализация	67,08 ± 4,378	65,06 ± 3,439	0,679
Реактивные образования	66,13 ± 5,855	67,16 ± 3,657	0,149
Сумма МПЗ	39,90 ± 1,421	44,28 ± 1,248	0,045 *

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

Из таблицы 222 следует, что у пациентов с мотивами СЭ отмечаются более существенные отличия между группами КПТ и НИК. Здесь наблюдается различие между группами по пяти из восьми шкалам «Индекса жизненного стиля». У пациентов группы КПТ выявлены достоверно более низкие средние значения шкал «регрессии», «компенсации», «проекции» и «замещение». Одновременно с этим у них отмечалось более высокое среднее значение МПЗ «отрицание». Показатель общей напряженности психологических механизмов достоверно преобладал у пациентов, прошедших КПТ, что позволяет оценить их защитный профиль как более адаптивный.

Таким образом, более выраженные изменения профиля психологических защит под влиянием интервенции КПТ были отмечены в группе пациентов с мотивами стимуляции эмоционально-позитивного состояния. Если у пациентов с мотивами КЭ отмечалось снижение численных значений только двух защитных механизмов (регрессия и замещение, которые относятся к незрелым и

дезадаптивным), то у пациентов с мотивами СЭ под влиянием интервенции снижались средние значения как незрелых (регрессия), так и зрелых, протективных защит (проекция, компенсация). Более того, у пациентов с СЭ после КПТ отмечено увеличение среднего значения МПЗ «отрицание», который традиционно рассматривался как незрелый и примитивный тип защиты. Отмеченное свидетельствует о неоднозначном характере защитного профиля у прошедших интервенцию пациентов с мотивами СЭ, включающем как зрелые, так и примитивные механизмы защиты, но в целом являющимся более благоприятным по сравнению с группой пациентов НИК.

Механизмы психологической защиты в группе девочек-подростков, прошедших КПМ. Исходные значения МПЗ у девочек-подростков групп КПМ и КПТ до интервенции представлены в таблице 223.

Таблица 223 – Механизмы психологической защиты у девочек-подростков групп КПМ и КПТ до интервенции

механизмы психологической защиты	КПМ M±m	КПТ M±m	p
Отрицание	82,61 ± 3,781	80,78 ± 3,697	0,095
Вытеснение	76,43 ± 5,373	74,74 ± 4,503	0,070
Регрессия	73,09 ± 5,690	74,76 ± 4,218	0,395
Компенсация	69,80 ± 5,346	67,01 ± 4,774	0,114
Проекция	58,55 ± 4,982	61,96 ± 5,218	0,062
Замещение	64,58 ± 5,191	63,73 ± 4,718	0,401
Интеллектуализация	68,52 ± 4,915	67,45 ± 3,968	0,593
Реактивные образования	76,17 ± 6,370	78,13 ± 4,579	0,156
Сумма МПЗ	47,63 ± 2,373	49,44 ± 2,082	0,258

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

Из таблицы 223 видно, что между группами КПМ и КПТ отсутствовали достоверные различия, т. е. изучаемые пациенты изначально не отличались по выраженности типов МПЗ.

Значения МПЗ девочек-подростков групп КПМ и КПТ после интервенции представлены в таблице 224.

Таблица 224 – Механизмы психологической защиты у девочек-подростков групп КПМ и КПТ после интервенции

механизмы психологической защиты	КПМ M±m	КПТ M±m	P
Отрицание	78,06 ± 5,112	83,00 ± 4,030	0,004 *
Вытеснение	73,69 ± 6,107	71,07 ± 5,557	0,315
Регрессия	57,84 ± 6,077	56,47 ± 6,170	0,682
Компенсация	61,50 ± 5,706	63,62 ± 5,071	0,450
Проекция	51,72 ± 5,105	52,29 ± 5,069	0,769
Замещение	47,76 ± 5,751	48,56 ± 5,311	0,626
Интеллектуализация	70,67 ± 6,025	66,27 ± 5,124	0,038 *
Реактивные образования	68,27 ± 5,445	67,85 ± 5,278	0,446
Сумма МПЗ	40,45 ± 1,313	38,29 ± 2,058	0,380

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

Из таблицы 224 видно, что девочки-подростки, проходившие КПМ по сравнению с девочками-подростками, прошедшими КПТ, демонстрируют достоверно меньшие средние значения МПЗ «отрицание» и достоверно большие средние значения МПЗ «интеллектуализация». Таким образом, пациентки группы КПМ отличаются более зрелым стилем защитного поведения.

Типы совладающего поведения у пациентов группы КПТ и НИК. В таблице 225 представлены исходные значения типов совладающего поведения (ТСП) пациентов групп КПТ и НИК с мотивами КЭ до интервенции.

Из таблицы 225 видно, что достоверных различий между исходными значениями шкал ТСП у пациентов с мотивами КЭ групп КПТ и НИК не выявлено.

В таблице 226 представлены исходные значения ТСП пациентов групп КПТ и НИК с мотивами СЭ до интервенции.

Таблица 225 – Типы совладающего поведения у пациентов групп КПТ и НИК до интервенции (мотивы КЭ)

типы совладающего поведения	КПТ M±m	НИК M±m	p
Конфронтация	57,10 ± 2,966	59,92 ± 0,914	0,254
Дистанцирование	59,00 ± 1,836	58,79 ± 1,020	0,872
Самоконтроль	51,16 ± 1,610	50,70 ± 0,979	0,981
Поиск социальной поддержки	50,80 ± 2,070	49,95 ± 1,017	0,702
Принятие ответственности	53,40 ± 1,556	52,06 ± 1,005	0,429
Бегство-избегание	61,08 ± 2,323	61,59 ± 0,906	0,793
Планирование решения проблемы	47,37 ± 1,703	46,61 ± 0,997	0,781
Конфронтация	49,79 ± 1,347	47,89 ± 1,073	0,275

Примечание: достоверность различий оценивалась с помощью критерия U Манна-Уитни.

Таблица 226 – Типы совладающего поведения у пациентов групп КПТ и НИК до интервенции (мотивы СЭ)

типы совладающего поведения	КПТ M±m	НИК M±m	p
Конфронтация	57,33 ± 2,557	59,66 ± 2,071	0,290
Дистанцирование	56,46 ± 2,040	57,02 ± 1,349	0,944
Самоконтроль	48,62 ± 1,627	48,57 ± 1,361	0,655
Поиск социальной поддержки	48,72 ± 1,854	52,09 ± 1,760	0,212
Принятие ответственности	49,58 ± 2,094	51,98 ± 1,504	0,317
Бегство-избегание	55,54 ± 2,263	55,09 ± 1,598	0,862
Планирование решения проблемы	50,14 ± 1,835	47,53 ± 1,539	0,136
Конфронтация	47,71 ± 1,734	48,68 ± 1,160	0,534

Примечание: достоверность различий оценивалась с помощью критерия U Манна-Уитни.

Из таблицы 226 видно, что достоверных различий между исходными значениями ТСП у пациентов с мотивами СЭ групп КПТ и НИК не отмечается. Таким образом, обе изучаемые группы (КПТ и НИК) демонстрировали изначальное сходство у пациентов как с мотивами КЭ, так и с мотивами СЭ.

В таблице 227 представлены значения ТСП пациентов групп КПТ и НИК после интервенции (мотивы КЭ). Из таблицы 227 видно, что у пациентов с мотивами КЭ группа КПТ отличается от группы НИК достоверно более низкими

средними значениями типов совладания «дистанцирование» и «бегство-избегание».

Таблица 227 – Типы совладающего поведения у пациентов групп КПТ и НИК после интервенции (мотивы КЭ)

типы совладающего поведения	КПТ M±m	НИК M±m	p
Конфронтация	58,85 ± 1,846	59,67 ± 1,445	0,143
Дистанцирование	59,24 ± 1,948	62,58 ± 1,036	0,045 *
Самоконтроль	52,18 ± 1,693	52,67 ± 0,930	0,638
Поиск социальной поддержки	51,83 ± 1,727	50,40 ± 1,164	0,090
Принятие ответственности	54,78 ± 2,134	54,78 ± 1,122	0,931
Бегство-избегание	61,90 ± 2,215	65,81 ± 1,194	0,001 *
Планирование решения проблемы	47,45 ± 2,094	46,16 ± 1,063	0,684
Конфронтация	50,69 ± 1,996	49,41 ± 0,925	0,583

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

В таблице 228 представлены значения ТСП пациентов с мотивами СЭ групп КПТ и НИК после интервенции.

Таблица 228 – Типы совладающего поведения у пациентов групп КПТ и НИК после интервенции (мотивы СЭ)

типы совладающего поведения	КПТ M±m	НИК M±m	p
Конфронтация	57,88 ± 1,311	56,76 ± 1,298	0,724
Дистанцирование	52,08 ± 1,665	56,72 ± 1,343	0,006 *
Самоконтроль	47,49 ± 1,568	45,33 ± 1,059	0,148
Поиск социальной поддержки	52,31 ± 1,474	45,63 ± 1,139	0,003 *
Принятие ответственности	47,71 ± 1,808	47,85 ± 1,425	0,988
Бегство-избегание	49,05 ± 1,149	54,43 ± 1,269	0,011 *
Планирование решения проблемы	53,92 ± 1,468	46,17 ± 1,139	0,001 *
Положительная переоценка	46,77 ± 1,443	46,43 ± 1,284	0,745

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

Из таблицы 228 видно, что пациенты группы КПТ отличались от группы НИК достоверно более низкими средними значениями шкал «дистанцирование», «бегство-избегание» и более высокими средними значениями шкал «поиск

социальной поддержки» и «планирование решения проблемы». Таким образом, совладающее поведение пациентов, прошедших психотерапию, отличается большей конструктивностью и меньшим использованием дезадаптивных типов совладания. Следует отметить, что пациенты с мотивами СЭ, прошедшие и не прошедшие лечение, продемонстрировали большие различия совладающего поведения по сравнению с пациентами с мотивами КЭ.

Типы совладающего поведения в группе девочек-подростков, прошедших КПМ. Исходные значения ТСП у девочек-подростков групп КПМ и КПТ до интервенции представлены в таблице 229.

Таблица 229 – Типы совладающего поведения у девочек-подростков групп КПМ и КПТ до интервенции

типы совладающего поведения	КПТ M±m	НИК M±m	p
Конфронтация	56,96 ± 2,385	57,40 ± 2,271	0,460
Дистанцирование	58,71 ± 1,844	59,14 ± 1,609	0,311
Самоконтроль	47,12 ± 1,745	47,18 ± 1,690	0,958
Поиск социальной поддержки	49,82 ± 2,103	49,21 ± 2,383	0,820
Принятие ответственности	47,55 ± 2,035	48,08 ± 2,063	0,677
Бегство-избегание	55,65 ± 1,794	53,97 ± 1,869	0,202
Планирование решения проблемы	50,90 ± 1,875	51,99 ± 2,003	0,741
Положительная переоценка	48,33 ± 2,162	47,43 ± 1,623	0,695

Примечание: достоверность различий оценивалась с помощью критерия U Манна-Уитни.

Из таблицы 229 видно, что между группами КПМ и КПТ отсутствовали достоверные различия, т. е. изучаемые пациенты изначально не отличались по выраженности ТСП.

Значения ТСП девочек-подростков групп КПМ и КПТ после интервенции представлены в таблице 230.

Из таблицы 230 видно, что у девочек-подростков, прошедших комплексную психотерапию, по сравнению с девочками-подростками, прошедшими КПТ, отмечаются достоверно большие средние значения ТСП «принятие ответственности» и «положительная переоценка», что характеризует их стиль совладающего поведения как более адаптивный.

Таблица 230 – Типы совладающего поведения у девочек-подростков групп КПМ и КПТ после интервенции

типы совладающего поведения	КПТ M±m	НИК M±m	p
Конфронтация	58,36 ± 1,418	56,49 ± 1,898	0,144
Дистанцирование	51,53 ± 1,920	50,55 ± 1,735	0,682
Самоконтроль	47,06 ± 2,250	46,55 ± 1,797	0,880
Поиск социальной поддержки	50,89 ± 1,388	50,93 ± 1,636	0,991
Принятие ответственности	47,80 ± 1,806	43,45 ± 1,550	0,007 *
Бегство-избегание	49,67 ± 1,729	49,05 ± 2,024	0,848
Планирование решения проблемы	55,92 ± 1,491	54,29 ± 1,684	0,809
Положительная переоценка	48,80 ± 1,732	45,93 ± 1,566	0,001 *

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

Общее заключение по оценке эффективности психотерапии. Таким образом, оценка эффективности психотерапии подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП позволяет сделать следующие выводы:

1) результаты эффективности когнитивно-поведенческой терапии различаются в зависимости от мотивов употребления ПАВ. При отсутствии исходных отличий между проходившими и не проходившими психотерапию пациентами (группы КПТ и НИК), в динамике между ними были обнаружены значимые различия. Наибольшие различия между пациентами, прошедшими и не прошедшими терапию, отмечались в группе мотивов стимуляции эмоционально-позитивного состояния. У них оказались достоверно ниже средние значения шкал «Общественное поведение», «Психическая адаптация/психопатология», «Противоправные действия» и «Употребление наркотиков», что характеризует более благоприятную ситуацию у пациентов этой группы по части социально-юридических и психопатологических последствий употребления ПАВ. По этим же шкалам у пациентов с мотивами СЭ отсутствовала отрицательная динамика. По сравнению с ними у пациентов с мотивами КЭ, прошедших КПТ, отмечалось отсутствие отрицательной динамики только шкал «Общественное поведение» и «Противоправные действия», что говорит о влиянии КПТ у этих пациентов только на социально-юридические последствия употребления ПАВ. У пациентов, прошедших НИК, вне зависимости от мотивационной группы, отмечалась

отрицательная динамика всех изучаемых характеристик употребления ПАВ с ВП, кроме количественных характеристик употребления алкоголя.

В целом можно сказать, что эффективность КПТ была связана с большим положительным влиянием на тяжесть употребления ПАВ и меньшими социально-юридическими и психопатологическими последствиями употребления у пациентов с мотивами СЭ по сравнению с мотивами КЭ.

2) сравнение характеристик адаптационной системы личности пациентов, прошедших и не прошедших КПТ, позволяет сделать вывод, что более отчетливые изменения защитного поведения характерны для пациентов с мотивами СЭ. Они проявляются более частым использованием механизма психологической защиты «отрицание», типов совладания «поиск социальной поддержки», «планирование решения проблемы», более редким использованием механизмов «регрессии», «компенсации», «проекции» и «замещение» и типов совладания «дистанцирование» и «бегство-избегание» и меньшей выраженностью общей напряженности психологических механизмов. Отмеченные характеристики свидетельствуют о более адаптивном защитно-совладающем стиле пациентов с мотивами СЭ, прошедших когнитивно-поведенческую терапию.

Девочки-подростки, получившие комплекс психотерапевтических методик (КПТ и коррекция отношения к материнству), по сравнению с прошедшими только КПТ отличаются более редким использованием МПЗ «отрицания», более частым использованием МПЗ «интеллектуализация», ТСП «принятие ответственности» и «положительная переоценка», что характеризует их защитно-совладающее поведение как более зрелое.

3) сравнение результатов использования КПТ и комплексной терапии (КПТ, коррекция отношения к материнству) у девочек-подростков позволяет сделать вывод, что при использовании комплекса методик у пациенток отмечаются лучшие показатели семейной адаптации. Если у пациенток, получивших КПТ, отмечено отсутствие отрицательной динамики только социально-юридических последствий употребления ПАВ и количественных характеристик сопутствующего употребления алкоголя, то КПМ оказывает влияние на

количественные характеристики употребления наркотиков и алкоголя, социально-юридические, психопатологические и семейные последствия употребления ПАВ, т. е. на более широкий спектр.

4) Использование КПМ (КПТ и методики коррекции отношения к материнству и родительским функциям) положительно повлияло на такие показатели, как позитивное отношение к браку и адекватная родительская воспитательная позиция. Наибольшая эффективность была показана в отношении гиперпротективной воспитательной позиции, отражающей излишнюю концентрацию родителя на ребенке (шкалы «Чрезмерная забота (оберегание от трудностей)», «Подавление воли ребенка», «Опасение обидеть ребенка» и «Чрезвычайное вмешательство в мир ребенка»). Кроме этого, достоверно уменьшились такие характеристики, как гиперпатическое отношение к семейной роли: ощущение зависимости матери от семьи (роль «хозяйки»), ощущение самопожертвования в роли матери, настроенность на семейные конфликты и неудовлетворенность ролью хозяйки. Достоверно увеличился такой показатель адекватного эмоционального отношения к ребенку, как вербализация (предоставление ребенку возможности высказаться). Таким образом, отмечалась положительная динамика формирования материнских и родительских функций.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обсуждение результатов исследования расстройств поведения.

Изучение распространенности, нозологической структуры, динамики, возрастных подтипов основных клинических форм расстройств поведения у подростков, предпринятое в настоящем диссертационном исследовании, позволило получить важные закономерности, уточняющие и дополняющие ранее известные теоретические положения [247, 334, 356, 455, 526, 559, 641, 660].

Анализ современных направлений исследования РП у детей и подростков позволяет выделить как минимум три главных направления изучения проблемы – исследование клинической структуры РП, возрастной динамики и трансформации форм РП, а также взаимосвязи РП с аддиктивными расстройствами подросткового и юношеского возраста. Все эти три направления были отражены в настоящей работе.

Результаты собственного исследования дополняют и уточняют современные данные, касающиеся: 1) преобладания тех или иных форм РП в разные возрастные периоды; 2) различий нозологической принадлежности и динамики подтипов РП, начинающихся в разном возрасте (младше 10 лет и с 10 лет и старше); 3) возрастной трансформации РП у подростков; 4) симптомов ранних проявлений РП и их нозологической принадлежности.

Показано, что из 5 форм поведенческих расстройств у подростков, сочетающихся с употреблением ПАВ, преобладает социализированное расстройство поведения (71,7% случаев). Причиной этому является изначально групповой характер аддиктивного поведения, употребление ПАВ подростками в компании сверстников [86, 111, 144]. Диагноз «социализированное расстройство поведения», подразумевающий превышение «порога» возрастной дозволенности поступков и нарушение нравственно-этических поведенческих норм, проявляющиеся при групповом взаимодействии, в этом контексте оказывается наиболее тесно связанным с аддиктивным поведением. Таким образом, структура

распространенности форм РП в полной мере отражало их связь с употреблением ПАВ.

Групповой характер употребления ПАВ наблюдался также и в случае гиперкинетического расстройства поведения, встречающегося у 15,4% обследованных пациентов. Выявленное в 8,2% случаях несоциализированное расстройство поведения отражало ситуацию, когда пациенты пользовались наркотическими веществами или алкоголем, получаемыми от близкого друга или сожителя. Выставленный у 4 пациентов диагноз «расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи», включало в себя случаи, когда психоактивные вещества подросток получал от членов семьи (сиблинги или отец).

Все изученные формы РП укладывались в типичный возрастной диапазон с характерным «пиком» в 14-15 лет, что совпадает с существующими представлениями о возрастной динамике пубертатных поведенческих нарушений [275, 556]. Исключением из этой закономерности было оппозиционно-вызывающее расстройство, характерное для предпубертатного возраста [216, 578]. Однако в нашем исследовании оно наблюдалось у пациентов в 12-14-летнем возрасте (10 пациентов-воспитанников детских домов, 3,4%). Причиной диагностики этого расстройства в этом возрасте было наличие у всех пациентов признаков психического инфантилизма и пограничного психического недоразвития, что объясняет преобладание у них примитивно-протестных реакций, характерных для пациентов более младшего возраста.

Обсуждая половые различия в распространенности форм РП, следует отметить закономерное преобладание в нашем исследовании мальчиков-подростков с гиперкинетическим расстройством поведения, что полностью совпадает с имеющимися литературными данными [454, 518, 561, 578].

Клинико-динамическое наблюдение выявило закономерную трансформацию поведения в диссоциальное расстройство личности социализированного расстройства поведения (7,1% случаев) и несоциализированного расстройства поведения (20,8% случаев). Невысокий процент пациентов с выставленным диагнозом «Диссоциальное расстройство

личности» (F 60.2) связан, с одной стороны, с относительно молодым возрастом повторно обследованных пациентов (16-17 лет), а другой – с традиционно «осторожным» отношением к постановке такого диагноза в старшем пубертатном периоде в отечественной психиатрической школе. Обнаруженный высокий процент трансформации в диссоциальное расстройство личности несоциализированного расстройства поведения (20,8%) в полной мере не отражает всех статистических закономерностей, так как выявлен на малорепрезентативном материале (24 чел.).

В ходе исследования были выявлены существенные различия в возрастной динамике гиперкинетического расстройства поведения. В 31,1% случаях оно трансформировалось в другие формы поведенческих расстройств (социализированное – 26,7% и несоциализированное – 4,4%). В 68,9% случаях наблюдалась его трансформация в органические расстройства: легкое когнитивное расстройство (28,9%), органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (20,0%) и органическое расстройство личности (20,0%). Отмеченное различие динамики гиперкинетического расстройства поведения отражает его клиническую неоднородность и различное понимание нозологической специфики. С одной стороны, в многочисленных источниках указывается на близость синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) «классическим» расстройствам поведения (диагностическая рубрика F 91) [216, 323, 643]. При этом подчеркивается, что такие симптомы СДВГ, как гиперактивность и импульсивность, наряду с агрессией, определяют раннее начало РП [401], а преобладание поведенческих «проблем» у пациентов с СДВГ обеспечивает долговременный неблагоприятный прогноз [210, 216, 281, 406, 439, 538]. С другой стороны, в отечественной психиатрической литературе гиперкинетический (гипердинамический) синдром традиционно рассматривался как форма резидуально-органического расстройства [100]. Следует оговориться, что речь в данном случае идет не об этиологической характеристике гиперкинетического расстройства, которое по современным данным связано с ведущим влиянием генетического фактора [370], а об «органоформной»

психопатологии, включающей аттенционный дефицит, нарушение моторного контроля и симптомы эмоциональной неустойчивости [282, 616].

Можно предположить, что вышеуказанные различия в трактовке нозологической специфики гиперкинетического расстройства во-многом связаны с неоднородной структурой гиперкинетических нарушений, которые могут варьироваться от легкообратимой хаотичности движений и нарушении последовательности действий до грубой «органической» двигательной расторможенности, приближающейся к «полевому» поведению.

Результатом клинико-анамнестического подхода к изучению возрастной динамики РП стало выделение 2-х подгрупп пациентов – с началом поведенческих расстройств в возрасте до 10 лет и с их началом в возрасте 10 лет и старше. Такое разделение пациентов на группы полностью подтверждается современными данными литературы о наличии 2-х типов расстройств поведения – детского и подросткового [578], которые отличаются различной тяжестью и прогнозом [416].

С помощью разработанной клинико-анамнестической анкеты удалось выявить качественное преобладание тех или иных симптомов поведенческих расстройств, основанных на критериях МКБ-10. Исследование ранних проявлений РП базируется на современных представлениях о возрастной динамике РП, согласно которым для них типичны: начало в раннем детском возрасте, длительное существование весь период детства и продолжение в зрелом возрасте [334, 356, 559].

Установленные возрастные закономерности манифестации поведенческих расстройств совпадают с имеющимися литературными данными. Так, преобладание в группе раннего начала РП гиперкинетического расстройства и его половые различия (большая распространенность у мальчиков) является типичными [616, 643].

Результаты изучения ранних проявлений поведенческих расстройств позволяют сделать важные выводы, свидетельствующие об отсутствии, в ряде случаев, нозологической специфики клинических проявлений РП до 10 лет. Так,

ранние симптомы несоциализированного и социализированного расстройств поведения оказались мало специфичными в отношении типичных клинических проявлений этих расстройств. В случае несоциализированного расстройства это были гиперкинетические симптомы, оппозиционно-протестные симптомы, а в раннем возрасте – симптомы реактивного расстройства привязанности. В случае социализированного расстройства наблюдались симптомы оппозиционно-вызывающего расстройства (оппозиционно-протестное поведение), гиперкинетические симптомы, а в раннем возрасте – проявления расторможенного расстройства привязанности. Следует отметить, что в литературе неоднократно ставился вопрос о взаимосвязи различных форм РП и зависимости клинической картины от возраста пациента [323, 406, 439].

Проведенное нами исследование уточняет имеющиеся литературные данные по части закономерностей возрастной трансформации клинических форм РП.

Обсуждение результатов исследования употребления ПАВ с ВП. Результаты клинико-динамического исследования употребления опиоидов с ВП у подростков с РП выявило типичные симптомы, специфичные для этапов формирования подростковой опиоидной наркомании [20, 92, 111, 144]. В более половине случаев (56,2%) было отмечено наличие типичного развернутого опиоидного абстинентного синдрома. Как особенность донозологических проявлений опиоидной наркозависимости можно отметить длительный предшествующий период эпизодического приема других ПАВ (алкоголь, толуолосодержащие средства, стимуляторы и др.). Учитывая, что общая продолжительность приема наркотиков с момента первого употребления у пациентов была $1,9 \pm 0,1$ года, а длительность употребления опиоидов – $10,7 \pm 0,4$ мес., можно сказать, что аддиктивное поведение превышало по времени период сформированной зависимости. Клинико-психопатологический анализ абстинентного синдрома позволил во всех случаях рассматривать аффективные симптомы абстиненции в рамках обострения компульсивного влечения к опиоидам. Абстинентный синдром проявлялся психопатоподобными

симптомами, что характерно для абстинентных проявлений пубертатного возраста.

Результаты исследования употребления летучих растворителей с ВП позволили, прежде всего, детально описать клинические проявления ингалянтного опьянения. У всех обследованных пациентов отмечалось разнообразие клинических проявлений опьянения, которые включали в себя расстройства настроения эйфорического типа, двигательные нарушения (расторможенность, в том числе и речевую), нарушения восприятия различных типов – искажение (нарушение восприятия течения времени, оптико-вестибулярные расстройства, иллюзорные восприятия, визуализированные представления, индуцированные «кинематографические» и микроскопические галлюцинации). В типичных случаях отсутствовали истинные зрительные галлюцинации, а их появление отмечалось в структуре помрачения сознания делириозного и смешанного делириозно-онейроидного типов. Последние рассматривались как осложнения опьянения летучими растворителями, возникающие в единичных случаях лишь у 20,0% больных. Таким образом, картина опьянения летучими растворителями была крайне разнообразна, на что указывают многочисленные исследования, посвященные этому вопросу [20, 23, 92, 111, 123, 124, 144].

Учитывая дискуссионный характер вопросов, касающихся проявлений зависимости от летучих растворителей у подростков, проводился клинический анализ симптомов зависимости. У наших больных на наличие сформированной зависимости от летучих растворителей указывало ряд симптомов, среди которых следует отметить употребление токсикантов в одиночестве (42,1% больных), сужение круга интересов вокруг летучих растворителей, приобретение их в больших количествах (41,1% больных). Вопрос о наличии абстинентного синдрома в рамках настоящего исследования не остался положительно решенным. Соглашаясь с мнением большинства исследователей этой проблемы [111, 124], мы рассматривали симптомы, выявляемые у пациентов вне опьянения, такие как головная боль, бессонница, потливость, мышечный тремор, нарушение

координации движений, аритмия, колебания настроения дистимически-дисфорического типа в рамках затяжного постинтоксикационного состояния. С одной стороны, указанные эмоциональные симптомов можно было бы трактовать как аффективную составляющую абстиненции. С другой стороны, это симптомы влечения к токсическому веществу, которое может возникать вне синдрома отмены. Не было получено убедительных доводов в пользу того, что возобновление приема летучего растворителя после вынужденной отмены приводит к обязательному купированию вышеотмеченных соматовегетативных и неврологических симптомов, что ставит под сомнение их причастность к синдрому отмены.

Обсуждая результаты исследования пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, следует говорить о выявленном в настоящей работе сходстве начальных проявлений психической зависимости от алкоголя и поведенческих расстройств. Данная особенность неоднократно описывалась разными авторами [22, 30, 112] и находит подтверждение результатами нашего исследования. Более того, выявлено, что в 89,5% случаев мотивами для госпитализации пациентов с симптомами употребления алкоголя с ВП в психиатрические стационары были именно поведенческие расстройства. То есть пациенты направлялись в связи с грубыми нарушениями правил поведения, уходами из дома, побегами из интерната, воровством, совершением противозаконных действий и др. Употребление алкоголя и его последствия обычно рассматривалось как логическое продолжение нарушений поведения. Таким образом, симптомы злоупотребления алкоголем маскировались поведенческими расстройствами.

Причиной этому может быть групповой характер начальных проявлений психической зависимости у подростков, когда тяга к употреблению алкоголя возникает преимущественно в группе сверстников. Таким образом, поведенческая реакция группирования в данном случае несет в себе уже больше признаков «алкогольного» поведения (групповой психической зависимости) и должна рассматриваться в контексте симптомов формирующегося употребления

алкоголя. Отмеченные особенности должны усовершенствовать диагностику раннего алкоголизма.

Были выявлены важные особенности динамики формирования злоупотребления алкоголем. Показано, что этанол лишь в 29,8% случаях является единственно употребляемым ПАВ на донозологическом этапе. В остальных случаях использовались такие вещества, как каннабиноиды, стимуляторы, летучие растворители, опиоиды, употребление которых в дальнейшем самостоятельно прерывалось. Указанная закономерность ранее освещалась в известных нам литературных источниках [112, 138]. Однако, в настоящей работе был сделан акцент на то, что на донозологическом этапе формирования алкогольной зависимости пациенты часто употребляли ПАВ, превосходящие этанол по своему аддиктивному потенциалу. Это стимуляторы (19,3%) и опиоиды (5,3%). Данный факт еще раз свидетельствует о закономерном характере выбора ПАВ на этапе «поискового» полинаркотизма, что в большинстве случаев определяется характерологической структурой пациентов [112]. Как важную особенность формирования употребления алкоголя с ВП у подростков можно отметить в 91,2% случаев характерные признаки алкогольной анозогнозии. Присутствующее у некоторых пациентов «чувство» болезни было связано скорее с осознанием чрезмерности употребления алкоголя, чем с критическим отношением к факту «нездорового» отношения к этанолу. Таким образом, полное отрицание объективных проявлений заболевания как специфическая для алкоголизма форма реакции на болезнь отмечается уже в подростковом возрасте, что подтверждается многими исследованиями [20, 22, 30].

Обсуждая результаты изучения употребления стимуляторов с ВП, следует сказать, что оно во всех случаях сочеталось с употреблением каннабиноидов. Особенностью подросткового аддиктивного поведения всегда считалось использование различных ПАВ на этапе становления заболевания («поисковый полинаркотизм») [85, 86, 111, 144]. В то же время вопросы, связанные с полинаркотизмом, считались дискуссионными в наркологии [111, 86, 88, 144]. Ранее существовала точка зрения, что совместное использование одним больным

различных ПАВ связано с утратой доступности привычно используемого вещества. В дальнейшем это явление стало пониматься как закономерное явление, связанное с трансформацией форм наркотической зависимости в условиях снижения эффекта первоначально используемого ПАВ [143]. Описаны различные типы взаимодействия ПАВ при их совместном употреблении. Наркотик может использоваться в дополнение к базисному либо для модификации наркотического опьянения, либо для купирования тягостных симптомов, в т. ч. абстинентных [86]. Считается, что сочетанная зависимость от двух и более наркотиков быстро и закономерно развивается при употреблении препаратов однонаправленного клинического действия (например, алкоголь и снотворные средства). В случае употребления веществ разнонаправленного клинического действия сочетанной аддикции не наблюдается. Поэтому можно рассматривать какую-либо одну ведущую линию формирования зависимости [143].

Сочетанное употребление различных ПАВ представляет собой форму наркотизма, специфичную для подросткового возраста и характеризующуюся неблагоприятными последствиями [215, 373, 427]. Однако психопатологические механизмы их сочетанного использования в литературе подробно не обсуждались.

Результаты настоящего исследования показали, что сочетанное употребление стимуляторов и каннабиноидов следует рассматривать в 2 аспектах: во-первых, как проявление полинаркотизма в рамках донозологической формы употребления ПАВ и, во-вторых, как трансформацию зависимости от стимуляторов в каннабиноидную зависимость при выраженных стойких последствиях употребления МДМА.

Показано, что в большинстве случаев употребление гашиша является фоном формирующейся зависимости от МДМА (92,4%). В этом случае не отмечено формирования зависимости от него. Реже наблюдается начало употребления гашиша на фоне сложившейся зависимости от «экстази» (5,7%). В этих случаях отмечается развитие привыкания к каннабиноидам с возрастанием толерантности и изменением формы потребления наркотика (постоянный ежедневный прием).

Мотивами для сочетанного использования каннабиноидов на фоне сформированной зависимости от «экстази» было купирование постинтоксикационного состояния. Таким образом, результаты работы уточняют и дополняют ранее описываемые механизмы сочетанного использования ПАВ [111, 86, 88, 144].

Актуальным аспектом диагностики психических расстройств подросткового возраста является дифференциация острых психотических эпизодов, спровоцированных употреблением ПАВ, и дебютов эндогенных процессуальных заболеваний [86, 111, 143]. Выявленные в настоящем исследовании психопатологические расстройства в структуре опьянения МДМА (13,6% случаев) позволили квалифицировать интоксикацию стимуляторами как острый экзогенный психоз с тревогой, растерянностью, страхом, подозрительностью, отрывочными переживаниями преследования. Обратная динамика развития симптомов в виде постепенной редукции в период от нескольких дней до нескольких недель, острый «экзогенный» характер симптомов интоксикации, астенический характер постинтоксикационного состояния во всех случаях позволил дифференцировать психопатологическую форму опьянения МДМА от дебюта эндогенного процессуального заболевания.

Оценивая закономерности формирования различных видов аддиктивного поведения с помощью рейтинга тяжести, можно в целом отметить увеличение количественных показателей употребления ПАВ и его последствий. При этом наблюдалось различие в формировании синдрома зависимости при разных видах аддиктивного поведения. Клинико-психопатологическая оценка позволила говорить о сложившемся синдроме зависимости у всех пациентов, употребляющих опиоиды с ВП, у 71,6% пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП, у 15,8 % пациентов, употребляющих алкоголь с ВП и у 59,6% пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП.

В ходе исследования отмечены важные закономерности формирования аддиктивного поведения у пациентов с разными возрастными подтипами РП. Данный аспект является актуальным в детской психиатрии и поднимается в целом

ряде работ [380, 426, 431, 488, 494, 568, 576]. Результаты нашей работы уточнили ряд положений, касающихся сроков инициации употребления ПАВ, формирования зависимости, характера тяжести последствий у пациентов с разными возрастными подтипами РП. Было показано, что у пациентов с ранним сроком начала РП отмечаются более раннее формирование синдрома зависимости при схожем возрасте «приобщения» к ПАВ. У подростков с ранним началом РП более выраженными оказались медицинские и психопатологические последствия употребления ПАВ, а при позднем начале РП – поведенческие последствия. В динамике эти различия усиливаются. Отмечались более выраженные медицинские последствия у пациентов с ранним началом РП и более выраженные социально-юридические последствия у пациентов с поздним началом РП. У пациентов с ранним началом РП имело место более выраженное злоупотребление ПАВ, а у пациентов с поздним началом – большее значение сопутствующего употребления алкоголя. Указанные различия важны в клинко-прогностическом аспекте и в аспекте дифференцированной медико-реабилитационной помощи пациентам-подросткам.

Обсуждение результатов изучения взаимосвязи РП и употребления ПАВ с ВП. Вопросы разнообразия форм аддиктивного поведения в зависимости от его психопатологической основы поднимаются в многочисленных работах по подростковой наркологии [20, 22, 30, 111, 86, 88, 144]. В ходе настоящего исследования было выделено три линии взаимосвязи РП и употребления ПАВ и его последствий, которые отражают три основных механизма формирования аддиктивного поведения [51, 52]: 1) связанные с диссоциально-личностными поведенческими расстройствами; 2) связанные с гиперкинетическими (органическими) расстройствами; 3) связанное с сензитивностью в рамках личностно-невротического реагирования.

В рамках первой разновидности аддиктивного поведения имеет место сочетание симптомов диссоциального и агрессивного поведения, соответствующих диагностической рубрики F 91 (шкалы «Расстройства поведения» и «Оппозиция») с морально-правовыми последствиями употребления

ПАВ (шкалы «Общественное поведение», «Семейные взаимоотношения», «Противоправные действия»). В литературе данный механизм формирования аддиктивного поведения обычно связывался с акцентуациями характера и психопатиями [111], что в целом имеет отношение к личностному поведенческому спектру расстройств.

Вторая разновидность отражает связь формирующегося аддиктивного поведения с гиперкинетическим расстройством поведения (шкалы «Гиперактивность» и «Невнимательность») и такими последствиями употребления ПАВ, как выраженная семейная дезадаптация, последствия для физического здоровья и психопатологические симптомы (шкалы «Физическое здоровье/болезнь», «Семейные взаимоотношения», «Психическая адаптация/психопатология»). Учитывая выявленный в нашем исследовании высокий процент трансформации гиперкинетического расстройства поведения в органические расстройства (68,9%), а также традиционное рассмотрение гиперкинетического (гипердинамического) синдрома в рамках формы резидуально-органической церебральной патологии [100], обсуждаемую разновидность аддиктивного поведения можно обозначить также как «органическую». О факторе «измененной органической почвы» в происхождении отдельных форм аддиктивного поведения упоминали многие литературные источники [30, 111, 86, 144]. В нашем исследовании «органическая» линия формирования аддиктивного поведения оказалась связанной, прежде всего, с гиперкинетическим поведенческим расстройством, что позволяет косвенно предположить ведущую роль импульсивно-гиперкинетических форм психического реагирования в происхождении употребления ПАВ у «органических» пациентов. Указанное соответствует современным представлениям о существенной роли СДВГ в происхождении употребления ПАВ подростками [303, 307, 326, 603].

Третья разновидность объясняет некоторые частные механизмы формирования аддиктивного поведения, а именно сопутствующее употребление алкоголя на фоне других используемых ПАВ. Данный феномен является

распространенным и может быть рассмотрен в рамках как этапа формирования зависимости, так и сложившейся зависимости. В нашем исследовании проведенный факторный анализ показал связь отдельно взятого параметра употребления алкоголя с поведенческой шкалой «Сензитивность». В контексте использованной методики сензитивность понимается как форма психического реагирования, характерная для личностного расстройства и для невротического спектра нарушений.

Факторная модель показала структурное сходство у пациентов, употребляющих различные ПАВ, что позволяет говорить о единстве клинико-психопатологической «почвы» при формировании разных видов аддиктивного поведения. Отмеченная закономерность может выступать в качестве обобщающего итога разных исследований, посвященных взаимосвязи расстройств поведения, нарко-, токсико- и алкогольной зависимости при употреблении различных видов ПАВ с ВП.

Результаты изучения механизмов психологической защиты у подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП. Результаты изучения механизмов психологической защиты у подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП позволяют обсуждать следующие важные результаты.

Общим отличием защитного поведения обследованных пациентов от здоровых людей подросткового и молодого возраста является количественное преобладание значений всех типов МПЗ и показателя общей напряженности. От здоровых сверстников пациенты отличаются более высокими значениями общей напряженности МПЗ и всех их типов, кроме «компенсации» и «проекции». Это указывает на избыточную напряженность механизмов личностной адаптации у обследованных пациентов. Данная особенность уже отмечалась в многочисленных исследованиях, посвященных проблеме психологической адаптации девиантных подростков [293]. В частности, описывалось преобладание у них отдельных типов МПЗ по принципу инфантильности/зрелости [35, 77, 82]. Обычно противопоставлялись примитивные и зрелые формы защит, выявлялась различная степень их выраженности у больных и здоровых. Специфика

результатов нашего исследования заключается в том, что у обследованных пациентов выявлено преобладание практически всех типов МПЗ, что характеризует тип адаптации подростков с РП и употреблением ПАВ ВП как сверхнапряженный. Сравнение профиля МПЗ подростков с опиатзависимыми пациентами молодого возраста показало его сходство по всем типам МПЗ, кроме «регрессии». Это говорит о том, что уровень дезадаптации подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП сопоставим с таковым у взрослых наркозависимых пациентов.

Различие по полу. В настоящем исследовании выявлено преобладание значений общей напряженности психологических защит, а также отдельных типов МПЗ, таких как «регрессия», «замещение» и «реактивные образования» у девочек-подростков. Это частично совпадает с результатами различных исследований, согласно которым девочки-подростки отличаются более напряженными психологическими защитами [36, 129]. Поскольку в группе сравнения у пациентов старше 18 лет, употребляющих опиоиды, и в контрольной группе (здоровые подростки и люди молодого возраста) указанных различий по полу не обнаружено, полученные результаты можно считать особенностью обследованных нами пациентов. Она заключается не только в большей напряженности защит у девочек-подростков, но и в более частом использовании ими дезадаптивных МПЗ.

У мальчиков-подростков при более низком значении напряженности защит выявляется достоверное преобладание по сравнению с девочками-подростками МПЗ «отрицание», относящегося к незрелым типам защиты. В то же время в известных источниках литературы упоминается о преобладании данного МПЗ у представителей женского пола [581].

Возрастные различия. Отсутствие различий в основной группе между средними значениями МПЗ младших (12-16 лет) и старших (16-17 лет) подростков при выявленных возрастных различиях в контрольной группе (меньшие значения шкал «регрессия», «замещение» и меньшая общая напряженность психологической защиты) свидетельствует, с нашей точки зрения,

о нарушении закономерностей формирования личностных механизмов психической адаптации подростков с расстройствами поведения и употреблением ПАВ, что отмечалось ранее рядом исследований [36, 165].

МПЗ и вид используемого ПАВ. В существующих литературных источниках нет единой точки зрения на специфичность профиля МПЗ при разных типах аддиктивного поведения [77, 82, 113]. Настоящая работа является одним из немногих исследований, основанных на межгрупповом сравнении МПЗ при употреблении разных типов ПАВ с ВП. Установлены отличительные особенности МПЗ при разных типах используемых ПАВ. К ним относятся достоверно более высокие цифры МПЗ «отрицание» у пациентов с употреблением летучих растворителей с ВП и достоверно меньшие значения у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП по сравнению со всеми другими пациентами типов МПЗ «вытеснение», «компенсация», «проекция», «реактивные образования» и общей напряженности защит. Выявленный низкий уровень напряженности защит косвенно свидетельствует о меньшей тяжести последствий употребления алкоголя по сравнению с последствиями употребления других ПАВ, что соответствует эмпирическому клиническому опыту.

Защитные стили и их различия в разных подгруппах пациентов. Изучение взаимосвязи отдельных типов МПЗ показало, что наиболее устойчивый защитный стиль в разных подгруппах включает типы МПЗ «регрессия», «замещение», «компенсация», «вытеснение». Эти типы в рамках корреляционных плеяд разных подгрупп имеют наибольшее число корреляционных связей с другими типами МПЗ.

Сочетание «регрессии», «замещения», «компенсации» и «вытеснения», по данным различных исследований, описывается как малоадаптивный стиль защитного поведения [98]. Его называют также «агрессивным» стилем защиты [41], стилем, сочетающимся с депрессивными расстройствами [283].

Следует отметить наиболее близкую корреляционную связь в рамках установленной модели между МПЗ «регрессия» и «замещение». Рассматриваемое сочетание реже всего используется среди здоровых людей [283]. Деадаптивность

этого сочетания определяется присутствием «регрессии», которая, согласно методике «Индекс жизненного стиля», является наименее приспособительным типом защиты [32, 195].

Результаты изучения типов совладающего поведения у подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП. Изучение типов совладающего поведения у подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП позволяет обсуждать следующие важные результаты. Специфика совладающего поведения у обследованных пациентов состоит в использовании по сравнению со здоровыми людьми молодого возраста неконструктивных типов совладания – «конфронтация», «дистанцирование» и «бегство-избегание» и относительно конструктивного типа «самоконтроль». В отличие от здоровых сверстников у них также отмечается преобладание неконструктивного ТСП «дистанцирование» и более редкое использование конструктивного типа «положительная переоценка».

По сравнению зависимыми от опиоидов пациентами молодого возраста подростки реже используют конструктивные типы совладания, такие как «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности», и «планирование решения проблемы» и неконструктивный тип совладания «бегство-избегание».

Таким образом, профиль совладающего поведения подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП является более дезадаптивным как по сравнению со здоровыми сверстниками, так и по сравнению с взрослыми пациентами с сформировавшейся наркозависимостью. И в том, и в другом случае выявлен неоднократно описываемый в литературе дефицит активных, проблем-разрешающих копинг-стратегий [9, 38, 158, 510], в том числе стратегии «поиск социальной поддержки» [155].

Половые различия совладающего поведения изучаемых подростков связаны с более частым использованием у девочек-подростков как конструктивных («планирование решения проблемы»), так и относительно конструктивных («принятие ответственности», «положительная переоценка») и неконструктивных («конфронтация», «бегство-избегание») типов совладания со стрессовой ситуацией. Указанное, возможно, является особенностью «копинга» у

представительниц женского пола вообще. В контрольной группе среди здоровых лиц молодого возраста также обнаружено преобладание у девушек различных по конструктивности ТСП («поиск социальной поддержки», «принятие ответственности» и «бегство-избегание»).

Обсуждая связь совладающего поведения с типом употребляемого ПАВ с ВП, необходимо упомянуть отсутствие подробного изучения этого вопроса в литературе. Большинство исследований останавливаются на констатации преобладания неконструктивных «копингов» у пациентов с различными формами аддиктивного поведения и разным типом зависимости [179, 190, 467, 503]. В настоящем исследовании выявлены в целом более низкие количественные показатели большинства типов совладания различной степени конструктивности у пациентов с употреблением алкоголя с ВП. Наибольшие различия были выявлены у пациентов, употребляющих опиоиды с ВП, что, с нашей точки зрения, отражает существенные отличия этих пациентов по критерию тяжести употребления ПАВ и его последствиям.

Стили совладающего поведения. Применение кластерного анализа переменных позволило выявить наиболее устойчивые стили совладающего поведения, показавшие сходство у представителей разных полов и у пациентов с употреблением различных ПАВ. Наиболее устойчивым во всех случаях оказался стиль, включающий ТСП «дистанцирование», «бегство-избегание» и «самоконтроль». Исключение составили пациенты, употребляющие опиоиды с ВП, где подобная связь отмечена между ТСП «конфронтация» и «положительная переоценка». Компоненты, составляющие описанный совладающий стиль, относятся к неконструктивным (сочетание «дистанцирования» и «бегство-избегания») или к относительно конструктивным («положительная переоценка»).

Завершая обсуждение результатов, полученных при исследовании механизмов психологической защиты и типов совладающего поведения, можно отметить следующее. Во-первых, выявлено, что особенностями защитно-совладающего поведения подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП являются такие отличительные характеристики, как пассивность, неконструктивность,

дезадаптивность, дисфункциональность и пр. Причем показателем дисфункциональности в ряде случаев выступает возрастной критерий, а именно принцип зрелости/инфантильности адаптивных механизмов. Во-вторых, в рамках отмеченных адаптационных свойств личности аддиктивное поведение является обязательным звеном «психологического гомеостаза» больного. Клиническую значимость тех или иных симптомов болезни следует оценивать в контексте личностной дисфункции, а границы наркологического заболевания соотносить с проявлениями тотальной личностной дезадаптации. Такой подход еще раз свидетельствует в пользу биопсихосоциальной природы аддиктивного заболевания, при котором страдает не столько организм, сколько личность больного.

Рассматривая механизмы формирования аддикции у подростков с позиции общей патологии можно говорить об онтогенетической модели развития аддиктивного поведения [81]. Данная модель базируется на положении К. Бернара о том, что патологические процессы есть возникшие не в то время, не в том месте и не с той интенсивностью процессы физиологические [17]. Онтогенетическая модель включает, прежде всего, болезни стресса/адаптации, поскольку в их основе лежат функциональные изменения основных регулирующих систем. Внешние повреждающие факторы являются значимыми в развитии заболевания постольку, поскольку способны вызвать стойкие нарушения гомеостаза.

Возрастная иррелевантность защитно-совладающих механизмов психической адаптации у подростков с нарушением поведения и употреблением ПАВ с ВП должна рассматриваться, с нашей точки зрения, в двух взаимозависимых аспектах – как в плане незрелости, инфантильности, примитивности использующихся адаптивных механизмов, так и в плане их акселеративности. Последнее связано с адаптационной избыточностью, перенасыщенностью, «сверхадаптивностью» защитно-совладающих механизмов, а, следовательно, их быстрым перенапряжением и срывом. С точки зрения онтогенетической модели развития болезней речь идет о разновидности гипердаптоза – нарушения регуляции по типу избыточного ответа на стресс [81].

Попытка «забежать вперед» в своем развитии, усвоить формальные атрибуты зрелых способов приспособления к социальной среде всегда рассматривались как явления сопряженные с ранним использованием ПАВ в качестве средств психологического совладания со стрессом.

Обсуждение результатов изучения аддиктивных мотивов. В ходе исследования удалось выделить 2 группы пациентов на основании ведущих мотивов употребления ПАВ. Это пациенты с мотивами коррекции эмоционально-негативного состояния (мотивы КЭ) и пациенты с мотивами стимуляции эмоционально-позитивного состояния (мотивы СЭ). Выявленные группы отражают современные представления о базисных мотивах употребления алкоголя и ПАВ у подростков, согласно которым индивидуальная мотивация в решении приема алкоголя и ПАВ связана с двумя описанными причинами. В разных источниках литературы они описываются, соответственно, как мотивы «улучшения эмоционально-положительного состояния» и мотивы «преодоления эмоционально-отрицательным состоянием» [290], мотивы «стимуляции» и «копинг-мотивы» [285], мотивы «позитивного подкрепления» и «негативного подкрепления» [321]. Данные положения соответствуют мотивационной модели употребления ПАВ [291]. Они определили методологию исследования мотивов аддиктивного поведения в работах последних десятилетий [218, 235, 285, 329, 430, 656].

В нашем исследовании обозначенные группы пациентов выявлялись, прежде всего, клинически. В качестве дополнительного метода, позволяющего сделать акцент на смысловой составляющей высказываний и, таким образом, отнести больного к той или иной группе аддиктивных мотивов, использован лингвистический метод (лексико-семантический анализ). Возможность использования данной методики в клинико-психопатологических исследованиях для квалификации состояния пациентов была доказана результатами многих исследований [119]. Таким образом, наличие указанных смысловых компонентов, т. е. коррекции эмоционально-негативного состояния и стимуляции эмоционально-позитивного состояния, было выявлено в высказываниях

(лексических единицах) исследуемых больных, что подтвердило справедливость первоначального клинического разделения групп.

Результаты эмпирического исследования аддиктивных мотивов (клинико-психопатологический и лексико-семантический анализ) были подтверждены психометрической методикой. Для этой цели использовался «Опросник мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ» [286], показавший свою эффективность для выявления обозначенных мотивационных групп [433, 473, 509]. В ходе использования данной методики была проведена работа по построению факторной модели структуры опросника. Количество шкал и составляющие их элементы (пункты опросника) в нашем исследовании полностью совпали с оригинальной версией – «The Drinking Motives Questionnaire-Revised (DMQR)» [286]. Анализ надежности показал умеренную и высокую внутреннюю согласованность пунктов шкал опросника (α Кронбаха – от 0,753 до 0,920), что подтвердило возможность использования «Опросника мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ» для расчета количественных характеристик мотивов употребления ПАВ.

Результаты дискриминантного анализа количественных значений шкал «Опросника употребления алкоголя/психоактивных веществ» подтвердили обоснованность ранее проведенного эмпирического разделения (на основании клинико-психопатологического и лексико-семантического анализа) пациентов на 2 мотивационные группы: пациенты с мотивами коррекции эмоционально-негативного состояния и пациенты с мотивами стимуляции эмоционально-позитивного состояния. Кроме того, был выявлен ряд дополнительных уточняющих данных (группировка эмпирически неклассифицированных пациентов, корректировка групповой принадлежности пациентов).

Количественные характеристики употребления ПАВ и его последствий у пациентов разных мотивационных групп. В нашем исследовании количество пациентов с мотивами ЭК (171 чел., 58,4%) достоверно преобладало над пациентами с мотивами ЭС (111 чел., 37,9%) ($p=0,000$). Здесь мы видим отличие от результатов другого исследования, где пациенты различных мотивационных

групп были представлены примерно в равной пропорции (53% и 47 %) [321]. Количественное различие представленных мотивационных групп связано с преобладанием пациентов с мотивом коррекции эмоционально-негативного состояния среди подгрупп пациентов, употребляющих опиоиды с ВП и употребляющих летучие растворители с ВП ($p=0,000$).

Количественные характеристики мотивов употребления ПАВ.

Показано, что социальные мотивы в наибольшей степени характерны для подростков, употребляющих алкоголь с ВП. Совладающие мотивы наиболее выражены у пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП. Мотивы стимуляции были больше характерны для подростков, употребляющих алкоголь с ВП и употребляющих стимуляторы с ВП. Выявленные отличия, с нашей точки зрения, свидетельствуют как о различии аддиктивных мотивов у пациентов, употребляющих разные ПАВ, так и о разных количественных характеристиках выраженности употребления и его последствий в разных клинических подгруппах.

Мотивационные группы и клинико-динамические характеристики РП.

Исследование количественных характеристик расстройств поведения с помощью «Низонжеровского опросника оценки поведения детей» показало, что между мотивационными группами имеются существенные отличия по формам РП и их выраженности. Так, в группе СЭ выявлены достоверно более высокие значения шкал «Позитивное поведение», «Расстройства поведения» и «Оппозиция», что указывает на преобладание симптомов «Социализированного расстройства поведения» и близких ему диагнозов (личностно-поведенческий спектр расстройств). В группе мотивов КЭ отмечаются достоверно более высокие цифры шкал «Гиперактивность», «Невнимательность» и «Эмоциональные нарушения», что свидетельствует о преобладании «Гиперкинетического расстройства поведения» и эмоциональных симптомов, специфичных для органических расстройств (органический поведенческий спектр нарушений). Отмеченные особенности, с нашей точки зрения, объясняют преимущественные различия аддиктивных мотивов в нозологическом аспекте.

Выявлена связь между ведущими мотивами употребления ПАВ и возрастом начала РП. У пациентов с ранним началом РП в 62,6% случаев отмечались мотивы КЭ, а в 37,3% – мотивы СЭ. Для РП с поздним началом в 17,9% случаев были характерны мотивы КЭ, а в 82,1% – мотивы СЭ. Между указанными формами существует умеренная корреляционная связь (V Крамера=0,458, $p=0,000$). Отмеченные закономерности связаны с нозологическим различием форм РП, специфичных для разных возрастов манифестации расстройства.

Мотивационные группы и клинико-динамические характеристики тяжести употребления и его последствий. Исследование тяжести злоупотребления ПАВ и его последствий с помощью рейтинга тяжести по методике ЕвроАДАД в разных мотивационных группах выявило ряд существенных особенностей аддиктивного поведения в зависимости от его мотивов.

Выделенные мотивационные группы отличались по тяжести злоупотребления ПАВ и его последствиям. Для пациентов с мотивами КЭ при больших количественных показателях употребления ПАВ более характерны психопатологические последствия злоупотребления. У пациентов с мотивами стимуляции эмоционально-позитивного состояния в большинстве случаев преобладают социально-юридические последствия. Выявленная закономерность в целом была характерна для разных типов аддиктивного поведения.

Обнаруженные при первичном обследовании различия между мотивационными группами при дальнейшем клинико-динамическом наблюдении не только сохранялись, но и нарастали в аспекте последствий для физического здоровья, противоправного поведения и сопутствующего употребления алкоголя. Таким образом, в группе мотивов коррекции эмоционально-негативного состояния при больших количественных показателях тяжести употребления ПАВ со временем преобладали психопатологические и медицинские последствия. У пациентов, употребляющих летучие растворители с ВП, была выявлена еще и семейная дезадаптация. Для группы мотивов стимуляции эмоционально-позитивного состояния были более характерны социально-юридические

последствия злоупотребления ПАВ, которые в динамике нарастали, как и количественные показатели сопутствующего употребления алкоголя.

Обсуждая полученные результаты следует отметить, что в известных источниках литературы проводится связь между мотивами употребления ПАВ и характеристиками течения заболевания [555], риском развития зависимости [259], с большей выраженностью сопутствующих психических расстройств и стадиями формирования зависимости от ПАВ [430]. Результаты нашего исследования подтверждают эти данные в аспекте больших количественных характеристик употребления ПАВ и большей выраженности сопутствующих психопатологических симптомов в группе мотивов КЭ. Однако, следует обратить внимание на преобладание поведенческих последствия у пациентов с мотивами СЭ, особенно в отношении противоправного поведения. Это совпадает с результатами некоторых исследований, где с преобладанием мотивов СЭ ассоциированы рискованные формы поведения [486]. Здесь важным является констатация нарастания негативных последствий и необходимость терапии употребления ПАВ с ВП. Это также подтверждается данными некоторых исследований, согласно которым обращение за лечением связано с разными аддиктивными мотивами [522].

Мотивы употребления ПАВ и адаптационная система личности. Выявленное в группе мотивов КЭ преобладание «регрессии», «компенсации», «проекции» и «замещения», а также общей напряженности психологических механизмов связано с недостаточно зрелым и мало адаптивным психологическим защитным поведением у этих пациентов. В динамике отмечено нарастание различий между группами с присоединением различия в МПЗ «реактивные образования» (преобладает в группе мотивов КЭ) и «отрицания» (преобладает в группе мотивов СЭ). Отрицательная динамика защитного поведения, с нашей точки, может отражать различие в тяжести течения заболевания и его прогноза у пациентов с разными мотивами употребления ПАВ. Несмотря на более благоприятный профиль защитного поведения у пациентов с мотивами СЭ,

следует говорить о количественном преобладании некоторых незрелых типов защиты у этих пациентов («отрицание»).

Анализ типов копинг-поведения позволяет говорить о более конструктивном его характере у пациентов с мотивами СЭ, включающем преобладание таких типов, как «Поиск социальной поддержки», «Принятие ответственности» и «Планирование решения проблемы» и, соответственно, о менее адаптивном стиле у пациентов с мотивами КЭ («Дистанцирование», «Самоконтроль», «Бегство-избегание»). Причем, клинико-динамическое наблюдение позволяет говорить о нарастающем различии между мотивационными группами по критерию адаптивности совладающего поведения. Однако показано, что в целом более адаптивный совладающий профиль у пациентов с мотивами ЭС включает в себя разные по конструктивности типы «копинга», что делает неоднозначной оценку их роли в психологической адаптации пациентов.

Обобщая результаты изучения связи мотивационных групп и адаптационной системы личности можно сказать, что в целом 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 МПЗ («регрессии», «компенсации», «проекции» и «замещения») и неконструктивных ТСП («Дистанцирование», «Самоконтроль», «Бегство-избегание»). Причем в динамике различие профилей по критерию адаптивности возрастает. Отмеченное совпадает с имеющимися литературными данными, согласно которым мотивы употребления алкоголя и ПАВ связаны с психологическими коррелятами аддиктивного поведения [285]. Однако все же следует говорить о противоречивом характере защитно-совладающего поведения пациентов с СЭ, включающем в себя сложное сочетание как зрелых адаптивных механизмов защиты и конструктивных типов совладания, так и примитивных разновидностей психологических защит и неэффективных копинг-стратегий.

Таким образом, выявленные мотивационные группы употребления ПАВ оказались связаны с нозологически разными формами расстройств поведения, различными количественными характеристиками тяжести злоупотребления ПАВ и его последствий и разным профилем защитно-совладающего поведения.

Обсуждение результатов оценки родительского отношения. Проблеме семейных отношений при расстройствах поведения и употреблении ПАВ с ВП подростками традиционно уделялось значительное место [40, 106, 107, 177, 178, 357, 401].

Для изучения оценки родительского отношения к подросткам была использована широко известная методика «Подростки о родителях» [33], позволяющая объективно оценить все позитивные и негативные составляющие родительского отношения и выявить ведущий стиль отношения к подростку. Результаты настоящего исследования совпадают с широко распространенным мнением о преобладании в семьях подростков с отклоняющимся и аддиктивным поведением жесткой, директивной воспитательной позиции родителей, сочетающейся с элементами эмоциональной дистанцированности и отвержения [358, 608]. Так, при расчете всей выборки пациентов в целом выявлено, что численные значения шкал (диагностические «пики») соответствуют враждебно-подавляющему типу родительского отношения к подросткам. Однако расчет ведущего профиля шкал в полных и неполных семьях выявил противоположные тенденции. Если в первом случае у матерей отмечалась директивная воспитательная позиция, а у отцов – автономная, то во втором случае, наоборот, была характерна автономность для матерей и директивность для отцов. Таким образом, воспитательная позиция одиноких отцов напоминала отношение к детям матерей в полных семьях. Противоречивость воспитательной позиции родителей в дисфункциональных семьях описывалась достаточно давно [39, 433, 600]. Результаты настоящего исследования позволяют проследить ролевую специфику родительского поведения матерей и отцов в полных и неполных семьях, внося, таким образом, в характеристику противоречивости воспитания некоторые коррективы. Выявленное преобладание у матерей по сравнению с отцами

негативного отношения к детям своего пола имеет важное профилактическое значение, поскольку выявляет специфику семейной дезадаптации у девочек-подростков, теме, специально не обсуждаемой в настоящее время в литературе.

Важные результаты получены при исследовании родительского отношения в возрастном аспекте. Показано, что в младшей возрастной группы (подростки до 16 лет), независимо от типа семьи (полной или неполной), отмечается единый, характерный как для матерей, так и для отцов, профиль семейного воспитания – враждебно-подавляющий. Установленная закономерность характерна и для матерей, и для отцов. В старшей возрастной группе (16-18 лет) для полных семей было характерно открыто-враждебное родительское отношение, а в неполной – отвергающе-отстраненное.

В литературе, посвященной семейным закономерностям формирования отклоняющегося поведения, большое значение уделяется связи привычных стереотипов взаимоотношений членов родительской семьи и агрессивного поведения подростков в домашних и общественных условиях [363, 577].

Выявленные возрастные закономерности типов родительского отношения в полных и неполных семьях, с нашей точки зрения, можно связать с преобладающими формами агрессии, характерными для младшей и старшей возрастной группы, полученными при исследовании проективных свойств личности при помощи «Теста руки». Выявлено, что индекс открытого агрессивного поведения у старших подростков превышает по абсолютному значению известный порог готовности к открытой агрессии (+1), что свидетельствует о большой вероятности открытого агрессивного поведения. Значение индекса в младшей возрастной подгруппе типично для агрессии, ограниченной хорошо знакомой ситуацией (диапазон 0... +1). Такой тип агрессии по преимуществу проявляется в хорошо знакомой обстановке, с теми, кого индивид хорошо знает (семья, родственники, компания). Незнакомые, как правило, включают механизм самоконтроля, и личность успешно справляется с собственными агрессивными тенденциями. Формирование такого типа агрессии обычно связано с усвоением внешних образцов поведения окружающих, а форма

проявления напоминает привычный рисунок поведения индивида, что соответствует понятию «инструментальная» агрессия.

Таким образом, можно говорить о связи ведущего типа родительского отношения с возрастной специфичной формой агрессивного поведения. В младшей возрастной группе при общей низкой готовности к агрессивному поведению типичной является форма агрессии, ограниченная знакомой ситуацией и направленная на близких людей. Это сочетается с враждебно-подавляющим типом родительского отношения. Указанная особенность дает основание рассматривать «внутрисемейную» агрессию, во-первых, как образец усвоенного поведения и, во-вторых, как стойкую характеристику неконструктивного совладающего поведения подростков в условиях дисфункциональной семьи.

Старшие подростки оказались более склонны к открытому агрессивному поведению, но механизмы его взаимосвязи с семейным воспитанием различны в зависимости от типа семьи. Для неполной семьи с ведущим отвергающе-отстраненным родительским отношением агрессивное поведение – это форма поведенческой девиации, закрепляющаяся в условиях бесконтрольности, вседозволенности, непонимание границ допустимого и личной ответственности. В полной семье с открыто-враждебным типом родительского отношения высокая склонность к открытому агрессивному поведению также наиболее вероятно связана с усвоенным образцом поведения окружающих.

Таким образом, результаты, полученные в ходе настоящего исследования, уточняют известные положения о связи родительского воспитания и агрессивного поведения подростков [7, 151, 172, 363, 405]. Они касаются качественного различия возрастных форм проявлений агрессии и соответствующих им типов родительских отношений.

Исследование родительского отношения и установки на будущее материнство у девочек-подростков позволило выявить 3 линии взаимосвязи указанных параметров. На их основании можно говорить о трех стилях родительского отношения, определяющих семейно-родительские установки у

девушек-подростков: потворствующе-непоследовательный стиль, директивно-непоследовательный стиль, устойчиво-директивный стиль.

В целом можно сказать, что приведенные выше результаты изучения оценки родительского отношения к подросткам с РП и употреблением ПАВ с ВП уточняют характеристики дисфункциональной семьи, особенно в аспекте различий воспитательной позиции отцов и матерей.

Обсуждение результатов изучения ВИЧ-инфицированных подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП. В ходе клинико-динамического исследования ВИЧ-позитивных подростков с РП и употреблением ПАВ с ВП были получены результаты, позволяющие говорить о важных клинических и адаптационно-психологических характеристиках ВИЧ-больных.

1) Прежде всего, результаты исследования показали, что ВИЧ-инфицированность с разной частотой встречается у пациентов всех 4-х клинических подгрупп: при употреблении опиоидов с ВП (30,3% пациентов), при употреблении летучих растворителей с ВП (14,7% пациентов), при употреблении алкоголя с ВП (8,8% пациентов), при употреблении стимуляторов с ВП (11,5 % пациентов).

Таким образом, ВИЧ-инфекция у обследованных подростков наблюдается при использовании ПАВ, непосредственно связанных как с инъекционным способом введения, так и с другими способами их употребления. Это отражает современную тенденцию распространения ВИЧ-инфекции, согласно которой в число угрожаемых по инфицированию входят ранее считавшиеся благополучными по этому показателю подростки-потребители летучих растворителей [93] и пациенты, употребляющие алкоголь, у которых выявляется высокий процент заражения ВИЧ половым путем [14, 105].

Заражение вирусом иммунодефицита у пациентов, употребляющих алкоголь с ВП, стимуляторы с ВП и летучие растворители с ВП было предположительно связано с половым путем. При употреблении летучих растворителей имело значение также эпизодическое употребление опиатов (героин) и ненаркотических анальгетиков (буторфанол, стадол). Обнаруженные

данные вполне согласуются с имеющимися данными литературы [93], по которым употребление буторфанол у пациентов, зависимых от летучих растворителей, явление повторяющееся и закономерное. Они одновременно употребляют эти вещества с целью достижения седативного и расслабляющего эффекта.

Достоверное преобладание ВИЧ-инфекции среди пациентов, употребляющих опиоиды с ВП ($p < 0,05$), закономерно и связано с тем, что, несмотря на актуальность полового пути передачи вируса, инъекционный путь все же является преобладающим. Между другими подгруппами употребления ПАВ достоверных различий по этому показателю выявлено не было ($p > 0,05$). Распространенность ВИЧ-инфицирования среди пациентов, употребляющих стимуляторы с ВП, не совпадает с современными мировыми тенденциями, согласно которым частота заражения ВИЧ у потребителей стимуляторов также высока, как и у потребителей героина [664], а по некоторым данным превышает ее [495]. Это связано с тем, что в нашем исследовании у пациентов, употребляющих стимуляторы, преобладал пероральный способ употребления наркотика («экстази»).

2) Между ВИЧ-позитивными и ВИЧ-негативными пациентами не выявлено отличий по количественным показателям употребления ПАВ и сопутствующего употребления алкоголя. Существующие различия касаются скорее не тяжести самого употребления ПАВ, а последствий употребления (соматическое здоровье, социальные и психопатологические последствия). Большая выраженность психопатологических симптомов у ВИЧ-инфицированных совпадает с имеющимися литературными данными о связи риска заражения с выраженностью показателей шкалы BPRS [104]. Указанное в значительной степени свидетельствует о существовании психологических/психопатологических механизмов поведения высокого риска, согласно которым риск заражения ВИЧ определяется скорее не природой употребляемого химического вещества и путями передачи, а predisposиционными психопатологическими факторами, смысл которых сводится к неумению распознавать и предотвращать опасные для жизни ситуации [134].

3) Изучение особенностей адаптационной системы личности ВИЧ-инфицированных позволяет говорить о ряде отличий профиля МПЗ пациентов, которые схожи при разных видах употребляемых ПАВ с ВП (рассматривались 2 подгруппы пациентов – употребляющие опиоиды с ВП и употребляющие летучие растворители с ВП) и в разные возрастные промежутки (подростки и люди молодого возраста). Наиболее устойчивыми характеристиками этого профиля являются типы МПЗ «регрессия» и «замещение» (регрессивно-заместительный стиль защитного поведения). В отдельных подгруппах пациентов отмечается также преобладание других незрелых механизмов защиты («отрицание», «реактивные образования»), которые определяют недооценку рискованной ситуации. Описание в нашем исследовании незрелых МПЗ у ВИЧ-инфицированных совпадает с другими литературными данными. Так, у ВИЧ «+»-пациентов говорится о более высоких средних значениях таких малоадаптивных разновидностей МПЗ, как «отрицание», «проекция», «реактивные образования» и высокой общей степени напряженности защит [167]. Преобладание у ВИЧ-инфицированных девочек-подростков таких незрелых защитных механизмов, как «регрессия» и «реактивные образования» также находит подтверждение в литературе как феномен, отражающий и возрастные особенности формирования защитного поведения [5], и специфичное для аддиктивного поведения явление [35].

Отдельного обсуждения заслуживает преобладание у ВИЧ-инфицированных МПЗ «замещение». Основанный на явлении «смещенной агрессии» данный механизм клинически выражается в эксплозивных формах поведения [118]. Он отражает глубокий уровень нарушения аффективности, сопровождающийся суженным сознанием и, как следствие, неосторожным, безрассудным поведением и повышенной уязвимостью в отношении ВИЧ-инфицирования. Таким образом, имеющее в своей основе выраженное эмоциональное напряжение, поведение высокого риска связано с импульсивным механизмом реализации патологического влечения к ПАВ. «Заместительные» формы психического реагирования универсально характеризуют личность

пациентов и являются, с нашей точки зрения, психопатологической основой поведения высокого риска.

В отношении совладающего поведения следует сказать, что у ВИЧ-позитивных подростков имеется предпочтение неконструктивных дезадаптивных типов совладания («конфронтация») и меньшая распространенность конструктивных копингов («планирование решения проблемы») по сравнению с ВИЧ-негативными. Отмеченные закономерности подтверждают многочисленные литературные данные о преобладании у ВИЧ-инфицированных неэффективных стратегий преодоления болезни [343, 376], в частности, избегающих стратегий преодолевающего поведения [263, 381, 496] и эмоционально-ориентированных стратегий совладания [314]. В то же время, в нашем исследовании не удалось обнаружить совпадений в предпочтении тех или иных разновидностей копинг-поведения с результатами других исследований [381, 410, 480].

Обнаруженное в нашем исследовании преобладание у ВИЧ-инфицированных девочек-подростков неконструктивных способов совладающего поведения («конфронтация», «дистанцирование», «бегство-избегание») относится к половым особенностям копинг-поведения, отмеченным в многочисленных работах [353, 425, 504].

Возрастное различие в механизмах совладающего поведения связано с недостаточностью у ВИЧ-позитивных пациенты молодого возраста по сравнению с ВИЧ-негативными конструктивных типов совладания («поиск социальной поддержки» и «планирование решения проблемы»), что является как закономерным возрастным явлением [5], так и явлением, типичным для аддиктивного поведения [35]. Вид употребляемого ПАВ, как и в случае с механизмами психологической защиты, не оказывает существенного влияния на профиль совладающего поведения ВИЧ-инфицированных в разных возрастных группах (подростки и люди молодого возраста).

5) Обсуждая специфику отношения к болезни у ВИЧ-инфицированных, следует обратить внимание на то, что предыдущие исследования были в основном сосредоточены на описании отдельных типов отношения к болезни, специфичных

для изучаемой категории больных. Так, исследование с помощью методики «ТОБОЛ» показало, что для ВИЧ-инфицированных характерен дезадаптивный смешанный тип, включающий черты эйфорического, сенситивного и апатического вариантов [163].

В нашем исследовании анализ количественной выраженности отдельных типов отношения к болезни не позволил прийти к отчетливым выводам. В то же время при сравнении суммарных показателей отношения к болезни выявлено, что в количественном отношении у подростков преобладают композитные показатели, отражающие дезадаптацию в сфере межличностных отношений. В частности, у пациентов отмечались связанные с заболеванием агрессивные поведенческие тенденции. Они, прежде всего, проявлялись в контексте отношений с окружающими и охватывали ситуацию, связанную с заболеванием (ВИЧ-инфицирование) и взаимоотношения, складывающиеся вокруг больного. Отмеченное, по данным литературы, характерно для подросткового возраста. В частности, вина за случившееся ВИЧ-инфицирование, как правило, возлагается на ближайших родственников, как и ответственность с связи с обретенным ВИЧ-позитивным статусом [515].

В целом для подростков (пациенты основной группы) по сравнению с людьми молодого возраста (пациенты группы сравнения) был характерен «смешанный согласованный» диагностический профиль отношения к болезни, характеризующийся, согласно авторам методики ТОБОЛ [142], сочетанием внутриличностной и межличностной дезадаптации (тотально-дезадаптивное отношение к болезни). Указанный профиль, отмечавшийся у более половины подростков, включает в себя такие проявления как, с одной стороны, подавленность, тревога, «уход» в болезнь, «капитуляция» перед болезнью и, с другой стороны, «сензибилизированное» отношение к болезни, использование заболевания для достижения цели, обвинение в болезни окружающих и др. Наряду с этим у пациентов основной группы достоверно реже встречались «чистые» типы отношения к болезни, которые могут проявляться конструктивными типами реагирования на заболевание (реалистическое

отношение к заболеванию, неприятие «роли больного», «уход от болезни в работу» и т. д.).

Тотально-дезадаптивное отношение к болезни у ВИЧ-позитивных подростков можно связать с рядом возрастных особенностей отношения к болезни, к числу которых относится недостаточная информированность о анатомо-функциональных особенностях организма человека и об объективных закономерностях заболевания. Например, дети и подростки вплоть до 16-летнего возраста могут видеть причину заболевания в плохом поведении и непослушании [94]]. В пользу предположения о роли возрастных процессов в формировании дезадаптивной концепции болезни у подростков свидетельствуют результаты ТОБОЛ в разных возрастных группах. В возрастном аспекте обнаружено большее противопоставление типов отношения к болезни по критерию адаптивности/дезадаптивности. Типичный для младших подростков профиль отношения к болезни («смешанный согласованный»), подразумевающий подавленность, отчаяние, «капитуляцию» перед болезнью и др. в сочетании с неэффективными способами решения проблемы «сосуществования» с заболеванием (поиск виноватого, демонстративное привлечение внимания окружающих), ухудшает прогноз в отношении сотрудничества с врачами и соблюдение лечебного режима.

Обсуждая влияние употребления ПАВ на отношение пациентов к заболеванию, следует сказать, что отсутствие достоверных различий в распространенности диагностических профилей отношения к болезни у ВИЧ-инфицированных, употребляющих опиоиды с ВП и летучие растворители с ВП, свидетельствует в пользу единства психологических механизмов адаптации к болезни у пациентов с разными типами аддиктивного поведения.

Анализируя половые различия отношения к болезни у ВИЧ-инфицированных, следует отметить, что описанный тотально-дезадаптивный профиль отношения к болезни оказался в большей степени характерен для девочек-подростков. Данный факт скорее всего связан с отмеченным выше

несовершенством защитно-совладающего поведения, что накладывает отпечаток на характер приспособления личности к заболеванию.

6) В результате исследования компонентов адаптационной системы личности ВИЧ-инфицированных пациентов с РП и употреблением ПАВ с ВП выявлены устойчивые взаимосвязи, формирующие три основные компоненты психической дезадаптации пациентов – тотальную, парциальную и относительно адаптивную. Первая компонента условно обозначена как компонента тотальной психической дезадаптации. Она отражает связь различных дезадаптивных типов отношения к болезни (интра- и интерпсихических) с механизмом психологической защиты «замещение» и типом совладающего поведения «конфронтация». Вторая компонента связана с парциальным типом психической дезадаптации, так как отражает более или менее избирательную (преимущественно внутриличностную) концепцию реагирования на болезнь, объединенную с высоконапряженными, преимущественно незрелыми МПЗ и неконструктивным копингом «бегство-избегание». Третья компонента отражает наличие относительно адаптивных механизмов психической адаптации, базирующихся на взаимосвязи конструктивных и относительно конструктивных копингов со «смешанным противоречивым» профилем личностного реагирования на болезнь. Последний, с нашей точки зрения, играет наиболее важную роль в процессе формирования внутренней картины болезни. Основанный на противопоставлении различных способов отношения к болезни – переживании тревоги, подавленности, ипохондрической настороженности, с одной стороны, и сохранности рационально-гармонического отношения с активным социальным функционированием, с другой, он в наибольшей степени связан с интеграцией образа болезни в сознании больного. Выявленные компоненты позволяют понять «внутреннюю логику» реагирования личности на болезнь, а именно конкретные мысли, чувства, установки и их взаимные сочетания, обеспечивающие, в конечном счете, более или менее успешный тип приспособления индивида к болезни, преодоления ее.

Таким образом, проведенное исследование клинических и адаптационно-психологических характеристик ВИЧ-больных позволяет говорить о важных закономерностях защитно-совладающего поведения в возрастном и половом аспектах, отражающихся на формировании концепции отношения пациентов к заболеванию (внутренней картины болезни). Выявленные особенности адаптационной системы личности ВИЧ-инфицированных позволяют рассматривать их в качестве predispositional факторов высокорискованного поведения у пациентов, употребляющих ПАВ с ВП.

Обсуждение результатов психотерапии (интервенции) РП и употребления ПАВ с ВП. Используемая в настоящем исследовании для лечения поведенческих расстройств и употребления ПАВ с ВП когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) основывается на современных представлениях о механизмах формирования отклоняющегося и аддиктивного поведения. Она учитывает роль адаптационных личностных характеристик в процессе лечения, принимает во внимание сознательные когнитивные навыки регуляции поступков и действий [310, 636]. Обоснованность применения КПТ связана с тем, что методика относится к числу наиболее часто используемых [657] и доказательных [611] методов.

Используемые в настоящей работе методики основаны на классических понятиях современной КПТ: ложные «когниции», «автоматизированное» мышление, «дисфункциональные» мысли и др. [12, 168]. Они применялись с учетом таких специфичных для аддиктивного поведения когниций, как: 1) иррациональная установка на устранение любого психологического дискомфорта «химическим» способом, связанная с представлением об однозначно положительных свойствах психоактивного вещества; 2) мысли, приписывающие психоактивному веществу роль незаменимого средства коррекции эмоционального состояния; 3) привычные ригидные убеждения о невозможности самостоятельного прекращения приема ПАВ.

Учитывая подростковый возраст пациентов и особенности их защитно-совладающего профиля упор в работе делался на такие КПТ-методики, как

развитие самоконтроля и управления эмоциями, подкрепление альтернативного поведения, выработка навыков преодоления, общения и разрешения проблем в профилактике ситуаций высокого риска по отклоняющемуся и аддиктивному поведению [497, 636, 638].

Коррекция отношения к материнству и родительским функциям у девочек-подростков включило комплекс методик, направленный на создание в сознании девушки-подростка положительного образа матери во всех ее аспектах. Обозначенный подход опирается на базисные положения теории детско-материнской привязанности [180], данные многочисленных исследований, свидетельствующие об аномальном отношении к браку и родительским функциям у пациенток с аддиктивным поведением [24, 25, 143, 169, 605], а также о дисфункциональном характере взаимоотношений в родительской семье пациента, употребляющего ПАВ [39, 40, 177, 178].

Возможность и обоснованность применения методик коррекции отношения к материнству и родительским функциям определяет их связью с развитием навыков социальной компетентности и просоциального поведения, а также отсутствием актуальных психотравмирующих переживаний в этой сфере отношений, которая могла бы способствовать психологическому «отторжению» обсуждаемой темы материнства.

Пациенты были рандомизованы в 3-х группы: проходившие когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), получавшие комплекс психотерапевтических методик (КПМ) и проходившие низкоинтенсивное консультирование (НИК). Сопоставлялась группа КПТ и группа НИК (пациенты разного пола). Сравнение проводилось отдельно для каждой из мотивационных групп. Кроме того, сопоставлялись 3 группы девочек-подростков: группы КПТ, группа КПМ и группа НИК. Все 3 указанные группы были представлены пациентами с мотивами СЭ.

Оценка эффективности психотерапии (интервенции) с помощью рейтинга тяжести употребления ПАВ и его последствий показало, что результаты КПТ различаются в зависимости от аддиктивных мотивов.

Наибольшие различия между пациентами, прошедшими и не прошедшими терапию (группы КПТ и НИК), отмечались у пациентов с мотивами стимуляции СЭ. Их рейтинги тяжести характеризуют более благоприятную ситуацию по части социально-юридических и психопатологических последствий употребления ПАВ. Эффективность КПТ заключалась в отсутствие отрицательной динамики в указанных сферах жизни пациентов. У пациентов с мотивами КЭ под влиянием лечения отсутствовала отрицательная динамика только социально-юридических последствий употребления ПАВ. У пациентов, не прошедших КПТ, вне зависимости от мотивационной группы, отмечалась отрицательная динамика всех изучаемых характеристик употребления ПАВ и его последствий, кроме количественных характеристик употребления алкоголя. Таким образом, в целом эффективность КПТ связана с меньшей тяжестью употребления ПАВ и меньшими социально-юридическими и психопатологическими последствиями злоупотребления у пациентов мотивами СЭ.

На уровне защитно-совладающего поведения эффекты КПТ связаны с более частым использованием механизма психологической защиты «отрицание», типов совладания «поиск социальной поддержки», «планирование решения проблемы», более редким использованием механизмов «регрессия», «компенсация», «проекция» и «замещение», типов совладания «дистанцирование» и «бегство-избегание» и меньшей выраженностью общей напряженности психологических механизмов. Отмеченные характеристики свидетельствуют о более адаптивном защитно-совладающем стиле пациентов с мотивами СЭ, прошедших КПТ.

Показано, что использование КПМ у девочек-подростков способно влиять на более широкий спектр последствий злоупотребления, включая социально-юридические, психопатологические и семейные их разновидности и на количественные характеристики тяжести употребления ПАВ и алкоголя (по сравнению с пациентами с мотивами КЭ). Пациентки, прошедшие комплексную

терапию отличаются более редким использованием МПЗ «отрицания», более частым использованием МПЗ «интеллектуализация» и ТСП «принятие ответственности» и «положительная переоценка», что характеризует их защитно-совладающее поведение как более зрелое. У них в положительную сторону меняются такие характеристики отношения к материнству и родительским функциям, как позитивное отношение к браку в целом, адекватная родительская воспитательная позиция и гиперпротективная воспитательная позиция.

Таким образом, результаты оценки эффективности КПТ выявили более высокие результаты у пациентов с мотивами стимуляции эмоционально-позитивного состояния по сравнению с пациентами с мотивами коррекции эмоционально-негативного состояния. Это совпадает с имеющимися литературными данными о различии результатов лечения в разных мотивационных группах [329]. Менее выраженная тяжесть употребления ПАВ и его последствий у девочек-подростков, прошедших КПМ, свидетельствует об относительно большей эффективности методик коррекции отношения к материнству и родительским функциям по сравнению с традиционной КПТ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Расстройства поведения у детей и подростков относятся к числу наиболее часто встречающихся заболеваний детско-подросткового возраста. В современном мире детско-подростковые поведенческие нарушения являются предметом мультидисциплинарного изучения специалистов самых широких областей – педагогов, психологов, врачей, социологов, юристов и др. Клиническая значимость расстройств поведения определяется, прежде всего, их выраженной коморбидностью с различными психическими заболеваниями: расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, личностными расстройствами, органическими, невротическими и даже, эндогенными заболеваниями. Расстройства поведения относятся также к числу социально значимых болезней, которые в своих клинических проявлениях граничат с правовыми нарушениями. Можно упомянуть, кроме того, значительные экономические расходы государства, направленные на решение подростковых поведенческих проблем, поскольку последние являются самой частой причиной направления детей и подростков в больничные психиатрические учреждения, а пациенты с этим диагнозом занимают большую часть стационарного коечного фонда.

Рассмотренный в ходе настоящего исследования аспект изучения подростковых расстройств поведения, а именно их сочетание с употреблением психоактивных веществ, является, пожалуй, практически наиболее важным. Последствия коморбидности поведенческих и аддиктивных расстройств наиболее значимы для различных сфер жизни подростка – физического здоровья, психического здоровья, психологической адаптации, семейной и социальной жизни, профессиональной деятельности и др.

Поведенческие расстройства и связанное с ними употребление психоактивных веществ с вредными последствиями, изученные в ходе настоящей диссертационной работы, на протяжении многих десятилетий являются

актуальной проблемой современной детско-подростковой психиатрии как в нашей стране, так и за рубежом.

Данная работа относится к разряду сравнительно-возрастных исследований в детской психопатологии. Основной методологический принцип связан с рассмотрением поведенческих реакций как явления, зависящего от возраста и определяемого спецификой ведущего типа психического реагирования.

Итогом проведенного исследования является описание клинко-психопатологической основы, клинической динамики и прогноза разных по срокам возникновения форм подростковых поведенческих расстройств, сочетающихся с употреблением ПАВ с ВП. Были показаны принципиальные нозологические различия рано (до 10 лет) и поздно (начиная с 10 лет) формирующихся расстройств поведения у детей и подростков, которые соответствуют «детскому» и «подростковому» подтипам рассматриваемой группы. Описаны характерные для каждого подтипа особенности употребления ПАВ и его последствия. Изучены клинко-динамические характеристики аддиктивного поведения в зависимости от ведущих мотивов.

Ключевым моментом в ходе анализа и обобщения результатов исследования было решение вопроса о взаимосвязи поведенческих расстройств и употребления ПАВ (различных его характеристик). Этот вопрос представляется важным в теоретическом и практическом плане. Он неоднократно поднимался в отечественных и иностранных публикациях и формулировался как изучение «психопатологической основы развития аддиктивного поведения», «почвы формирования алкогольной и наркотической зависимости», «преморбидной патологии у наркозависимых больных», «коморбидности в наркологии» и др. В нашем исследовании проблема рассматривалась с новых методологических позиций, а именно с использованием психометрического подхода. В результате факторного анализа количественных значений шкал «Низонжеровский опросник оценки поведения детей» и «ЕвроАДАД» между отдельными характеристиками поведенческих нарушений и параметрами аддиктивного поведения были установлены статистически значимые взаимосвязи. Они позволили говорить о 3-х

клинических разновидностях аддиктивного поведения: связанных с диссоциально-личностными поведенческими расстройствами, с гиперкинетическими (органическими) поведенческими расстройствами и личностно-невротическими расстройствами сензитивного круга.

Результаты проведенного исследования обосновывают необходимость учета клинико-психопатологической «почвы» формирования аддиктивного поведения, которая определяет различие тяжести и прогноза употребления ПАВ подростками. Данный подход, являющийся традиционным для отечественной психиатрии, в последние десятилетия получил также широкое распространение в мире.

Поднимаемые и подробно разработанные в рамках настоящего исследования вопросы нозологической специфичности аддиктивного поведения должны быть положены в основу практического направления, предполагающего дифференцированную помощь наркологическим пациентам в зависимости от первоначально поставленного психиатрического диагноза.

Перспективы дальнейшей разработки темы расстройств поведения у подростков и коморбидного им аддиктивного поведения связаны с изучением психопатологических механизмов психоактивной инициации пациентов с гиперкинетическим расстройством, рассмотрением факторов формирования зависимости от ПАВ у пациентов с СДВГ, совершенствованием методов и форм психотерапии РП. Некоторые из перечисленных вопросов затрагивались в рамках настоящего исследования, однако широкая распространенность гиперкинетического расстройства поведения в современном мире и неизменно высокий интерес исследователей к данной патологии требуют более детального изучения упомянутых аспектов. Отдельным перспективным направлением должно явиться изучение взаимоотношения гиперкинетических поведенческих расстройств и расстройств личности, что актуально в плане преемственности оказания психиатрической помощи пациентам во взрослом возрасте, ранее наблюдаемым детскими и подростковыми психиатрами.

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 клинко-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 predispositionных 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», «компенсации», «проекции» 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 автономную ее 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 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

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абабков, В. А. Защитные психологические механизмы и копинг: анализ взаимоотношений / В. А. Абабков // «Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии»: материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения – 2004» / под ред. Л. А. Цветковой. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2004. – С. 14–22.
2. Абабков, В. А. Систематическое исследование семейного стресса и копинга / В. А. Абабков, М. Перре, Б. Планшерел // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1998. – № 2. – С. 4–8.
3. Александровский, Ю. А. Некоторые узловые вопросы современной пограничной психиатрии / Ю. А. Александровский // Психиатрия и психофармакология. – 2006. – Т. 11, № 2. – С. 4–8.
4. Александровский, Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю. А. Александровский. – М.: Наука, 1976. – 272 с.
5. Андреева, Е. Н. Самоотношение подростков // Психология современного подростка / под ред. Л. А. Регуш. – СПб.: Речь, 2005. – С. 27–37.
6. Анцыферова, Л. И. Способность личности к преодолению деформаций своего развития / Л. И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1999. – Т. 20, № 1. – С. 6–19.
7. Бандура, А. Теория социального научения / А. Бандура. – СПб.: Евразия, 2000. – 320 с.
8. Бартош, О. П. Возрастные и гендерные особенности копинг-поведения у подростков / О. П. Бартош, Т. П. Бартош // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: психология. – 2012. – № 6 (265). – С. 42–46.
9. Бартош, Т. П. Копинг-поведение и психоэмоциональное состояние учащихся 9–11-х классов, склонных к употреблению алкоголя / Т. П. Бартош, О. П. Бартош // Вопросы наркологии. – 2008. – № 2. – С. 182–187.

10. Бартош, Т. П. Совладающее поведение девочек-подростков с высокой тревожностью / Т. П. Бартош, О. П. Бартош // Материалы Международной научно-практической конференции «Психология стресса и совладающее поведение» (Кострома, 28-29 сентября 2013 г.). – Кострома, КГУ им. Н. А. Некрасова, 2013. – Т. 1. – С. 78–79.
11. Башкина, Ю. Д. Личностный смысл чувства риска (на примере подростков с разным рискованным поведением): автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Башкина Юлия Дмитриевна. – СПб, 2007. – 20 с.
12. Бек, А. Когнитивная психотерапия расстройств личности: пер. с англ. / под ред. А. Бека, А. Фримена. – СПб.: Питер, 2002. – 544 с.
13. Беляков, Н. А. Головной мозг как мишень для ВИЧ / Н. А. Беляков. – СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. – 48 с.
14. Беляков, Н. А. Половой путь передачи ВИЧ в развитии эпидемии / Н. А. Беляков, Т. Н. Виноградова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2011. – Т. 3, № 4. – С. 7–19.
15. Беребин, М. А. Факторы риска пограничных нервно–психических и психосоматических расстройств у педагогов общеобразовательных школ / М. А. Беребин, Л. И. Вассерман // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1994. – № 4. – С. 12–23.
16. Березин, Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 266 с.
17. Бернар, К. Лекции по экспериментальной патологии / К. Бернар: пер. с франц. – М., Л.: Биомедгиз, 1937. – 512 с.
18. Бехтель, Э. Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем / Э. Е. Бехтель. – М.: Медицина. – 1986. – 272 с.
19. Бешимов, А. Т. Психические расстройства у ВИЧ-инфицированных пациентов: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Бешимов Айрат Тальгатович. – Казань, 2006. – 20 с.
20. Битенский, В. С. Наркомании у подростков / В. С. Битенский, Б. Г. Херсонский, С. В. Дворяк, В. А. Глушков. – Киев: Здоров'я, 1989. – 216 с.

21. Бохан, Н. А. Коморбидность в наркологии / Н. А. Бохан, В. Я. Семке. – Томск: Изд-во Томского гос. ун-та, 2009. – 498 с.
22. Братусь, Б. С. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма / Б. С. Братусь, П. И. Сидоров. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 144 с.
23. Брукс, Д. Т. Летучие вещества (ингалянты) / Д. Т. Брукс, Г. Лунг, А. Шеннон // Наркология. – 2-е изд., перераб. и доп. / под ред. Л. С. Фридман, Н. Ф. Флеминг, С. Е. Хайман. – М.: БИНОМ; СПб.: Невский диалект, 2000. – С. 241–252.
24. Брутман, В. И. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери / В. И. Брутман, А. Я. Варга, И. Ю. Хамитова // Психологический журнал. – 2000. – Т. 21, № 2. – С. 79–86.
25. Брутман, В. И. Некоторые результаты обследования женщин, отказывающихся от своих новорожденных детей / В. И. Брутман, М. Г. Панкратова, С. Н. Ениколопов // Вопросы психологии. – 1994. – № 5. – С. 31–37.
26. Бузина, Т. С. Психологические факторы риска ВИЧ-инфицированных больных опийной наркоманией: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 19.00.04 / Бузина Татьяна Сергеевна. – М., 1998. – 24 с.
27. Бузина, Т. С. Феномен «поиска ощущений» и проблема профилактики СПИДа в наркологии / Т. С. Бузина // Вопросы наркологии. – 1994. – № 2. – С. 84–88.
28. Булеков, И. С. Наркопотребление как главный элемент неприверженности ВААРТ. Можно ли сформировать приверженность у активного наркопотребителя / И. С. Булеков // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2011. – Т. 3, № 4. – С. 20–23.
29. Бунас, А. А. Различные аспекты обоснования природы рискованного поведения личности / Материалы международной научной конференции «Психология: проблемы практического применения (II)» (Чита, июнь 2013 г.). – Чита: Изд-во «Молодой ученый», 2013. – С. 10–16.

30. Буторина, Н. Е. Возрастные особенности алкоголизма (ранний алкоголизм) / Н. Е. Буторина. – Л.: Изд. ЛИУВ им. С. М. Кирова, 1986. – 40 с.

31. Валеева, Н. Ф. Посттравматическое стрессовое расстройство у девочек–подростков с делинквентным и аддиктивным поведением / Н. Ф. Валеева, Р. Х. Гизатуллин, Э. З. Кадырова [и др.] // Аддиктология. – 2005. – № 1. – С.61–64.

32. Вассерман, Л. И. Психологическая защита и аффективные расстройства у пациентов в ситуации витальной угрозы / Л. И. Вассерман, Н. Н. Петрова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т.10, № 1. – С.73–74.

33. Вассерман, Л. И. Родители глазами подростка: психологическая диагностика в медико–педагогической практике. Учебное пособие / Л. И. Вассерман, И. А. Горьковая, Е. Е. Ромицына. – СПб: Речь, 2004. – 256 с.

34. Вассерман, Л. И. Социальная фрустрированность личности и ее роль в генезе психической дезадаптации / Л. И. Вассерман, М. А. Беребин // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1997. – № 1. – С. 33–37.

35. Ветюгов, В. В. Аффективные расстройства и механизмы психологической защиты у девочек-подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами / В. В. Ветюгов, А. В. Худяков // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2011. – Т. 16. Специальный выпуск. – С. 57–58.

36. Ветюгов, В. В. Психологические защиты у девочек-подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Ветюгов Владислав Владимирович. – М., 2008. – 16 с.

37. ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь. Клинический протокол для европейского региона ВОЗ // Лечение и помощь при ВИЧ/СПИД: Редакторы: Irina Eramova, Srdan Matic, Monique Munz. [Электронный ресурс]. – М.: Региональное европейское бюро ВОЗ, 2007. – С. 173–254.

Режим доступа:
http://arvt.ru/sites/default/files/WHO_Europ_clinical_protocols_2007.pdf (дата обращения 15.12.2014 г.)

38. Воеводин, И. В. Копинг-поведение при аддиктивных состояниях: относительность критериев адаптивности / И. В. Воеводин // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2004. – Т. 1, № 4. – С. 7–9.

39. Городнова М. Ю. Базисные копинг-стратегии и типы функционирования семей подростков с героиновой наркоманией: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 19.00.04 / Городнова Марина Юрьевна. – СПб, 2004. – 20 с.

40. Горьковая И. А. Медико- и социально-психологические корреляты устойчивого противоправного поведения подростков: автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / Горьковая Ирина Алексеевна. – СПб., 1998. – 48 с.

41. Гребенников, Л. Р. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Гребенников Леонид Радэмирович. – М., 1994. – 28 с.

42. Гречаный, С. В. Аффективные психические расстройства при ВИЧ-инфекции / С. В. Гречаный // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2013. – Т. 5, № 4. – С. 14–22.

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

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

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

46. Гречаный, С. В. Возрастные особенности агрессии подростков с расстройствами поведения и зависимостью от психоактивных веществ / С. В. Гречаный // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – Т. 1 (39), № 2:

Материалы 5-го междисциплинарного российского конгресса с международным участием «Человек и проблемы зависимостей: междисциплинарные аспекты». – С. 196.

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

48. Гречаный, С. В. Возрастные различия механизмов личностной адаптации при опиатной наркозависимости / С. В. Гречаный // Международная научная конференция «Актуальные вопросы коррекционной педагогики, специальной психологии и детской психиатрии» / под общ. ред. В. Н. Скворцова. – СПб.: ЛГУ им. А. С. Пушкина, 2008. – С. 466–468.

49. Гречаный, С. В. Диагностика алкогольной зависимости у подростков / С. В. Гречаный // Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии: тезисы докл. науч. конференции / под ред. проф. Н. Г. Незнанова, проф. В. Н. Краснова. – Самара, 2013. – С. 297–299.

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

51. Гречаный, С. В. Изучение расстройств поведения и зависимости от ПАВ у подростков с помощью рейтинговых шкал / С. В. Гречаный // Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства: тезисы докл. научно-практической конференции с международным участием / под ред. проф. Н. Г. Незнанова, проф. Е. М. Крупицкого. – СПб, 2012. – С. 37.

52. Гречаный, С. В. Исследование факторов личностной дезадаптации подростков с расстройствами поведения и зависимостью от ПАВ / С. В. Гречаный // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – Т. 1 (39), № 2: Материалы

5-го междисциплинарного российского конгресса с международным участием «Человек и проблемы зависимостей: междисциплинарные аспекты». – С. 196–197.

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

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

55. Гречаный, С. В. Копинг-поведение подростков с зависимостью от ПАВ и его клинико-психологическое содержание / С. В. Гречаный // VIII Мнухинские чтения. Наследие профессора С. С. Мнухина: из века XX в век XXI: конференция, посвященная присвоению Центру восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина. – СПб., 2009. – С. 170–172.

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

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

58. Гречаный, С. В. Личностно-адаптивные характеристики пациентов с аддиктивным поведением и зависимостью от ПАВ / С. В. Гречаный, В. Б. Воронкова // Ученые записки СПбГУ им. акад. И. П. Павлова. – 2007. – Т. XIV, № 1: Приложение. – С. 63–65.

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

психиатрии, наркологии и медицинской психологии: сборник научных трудов 8-й межрегиональной научно-практической конференции. – Воронеж: Изд. ВГМА, 2006. – С 16–20.

60. Гречаный, С. В. Механизмы психологической защиты при юношеском алкоголизме / С. В. Гречаный // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. – 2008. – Т. XV, № 1. – Приложение: Материалы 2-го междисциплинарного конгресса с международным участием «Человек, алкоголь, курение и пищевые аддикции». – С. 128.

61. Гречаный, С. В. Особенности клинико-психопатологических проявлений зависимости от летучих растворителей у подростков / С. В. Гречаный // Здоровое питание с рождения: медицина, образование, пищевые технологии. Санкт-Петербург-2013: материалы VIII Российского форума. – СПб., 2013. – С. 22–25.

62. Гречаный, С. В. Особенности психологической адаптации ВИЧ-инфицированных девушек-подростков с зависимостью от психоактивных веществ / С. В. Гречаный // 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.

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

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

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

66. Гречаный, С. В. Расстройства поведения у детей и подростков и подходы к терапии / С. В. Гречаный // Материалы VII научно-практической

конференции с международным участием «Воронцовские чтения. Санкт-Петербург-2014». – СПб., 2014. – С. 33–36.

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

68. Гречаный, С. В. Современные методики и программы лечения расстройств поведения у детей и подростков / С. В. Гречаный // Практическая медицина. – 2014. – № 2 (78). – С. 95–99.

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

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

71. Гречаный, С. В. Типы родительских отношений у подростков с расстройствами поведения и зависимостью от психоактивных веществ / С. В. Гречаный // Сборник материалов VIII международного конгресса «Психосоматическая медицина – 2013». – СПб.: Человек, 2013. – С. 13–15.

72. Гречаный, С. В. Формирование отношения к родительским функциям как компонент развития просоциальных навыков у подростков с расстройствами поведения и зависимостью от психоактивных веществ / С. В. Гречаный // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2014. – Т. 17, № 1: Материалы 16-й межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и медицинской психологии», Воронеж, 26 марта 2014 г. – С. 56–62.

73. Гречаный, С. В. Характеристика адаптационной системы личности при раннем алкоголизме / С. В. Гречаный // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2007. – Т. 1, № 10: Материалы 9-й межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и медицинской психологии». – С. 123–126.
74. Гутманн, М. Психическое здоровье и ВИЧ/СПИД. Проект по ресурсам поддержки и технической помощи по СПИДу (AIDSTAR-One) / М. Гутманн, Э. Фуллем. – Арлингтон, Вирджиния: USAID, 2009. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.aidstar-one.com/.../AIDSTAR-One_Mental_Health_and_HIV_RU (дата обращения 16.12.2014 г.).
75. Даренский, И. Д. Аддиктивный цикл / И. Д. Даренский. – М.: Логос, 2008. – 250 с.
76. Демина, Л. Д. Психическое здоровье и защитные механизмы личности. Учебное пособие / Л. Д. Демина, И. А. Ральникова. – Барнаул: Изд-во Алтайского государственного университета, 2000. – 123 с.
77. Демина, М. В. Исследование особенностей соотношения механизмов психологической защиты и копинг-поведения у больных алкоголизмом и здоровых лиц / М. В. Демина // Новые методы лечения и реабилитации в наркологии (заместительная терапия, психофармакотерапия, психотерапия): сборник материалов международной конференции / под общ. ред. В. Д. Менделевича. – Казань, 2004. – С. 118–121.
78. Демина, М. В. «Отчуждение» аддиктивной болезни / М. В. Демина, В. В. Чирко. – М.: ИД Медпрактика–М, 2006. – 192 с.
79. Детская психиатрия: Учебник: под ред. Э. Г. Эйдемиллера. – СПб.: Питер, 2005. – С. 56–114.
80. Дик, П. В. Психологические факторы рискованного поведения подростков / П. В. Дик // Психологический журнал. – 2012. – № 1–2. – С. 104–110.
81. Дильман, В. М. Четыре модели медицины / В. М. Дильман. – Л.: Медицина, 1987. – С. 73–74.

82. Добрянская, Д. В. Особенности психологической защиты у больных с аддиктивными состояниями / Д. В. Добрянская, И. Я. Стоянова, Н. А. Бохан // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – № 3. – С.88–90.
83. Должанская, Н. А. Методические подходы к профилактике ВИЧ-инфекции в наркологии / Н. А. Должанская, С. А. Андреев, Т. С. Бузина, Н. В. Харькова // Вопросы наркологии. – 1996. – № 4. – С.53–58.
84. Должанская, Н. А. Факторы риска и профилактика ВИЧ-инфекции у женщин, употребляющих психоактивные вещества / Н. А. Должанская, И. С. Лозовская, Т. С. Бузина [и др.] // Вопросы наркологии. – 2000. – № 2. – С.60–67.
85. Егоров, А. Ю. Алкоголизация и алкоголизм в подростково-молодежной среде: личностные особенности, клинические проявления, половые различия / А. Ю. Егоров // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2003. – № 1. – С. 10–16.
86. Егоров, А. Ю. Возрастная наркология / А. Ю. Егоров. – СПб.: Дидактика Плюс.; М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. – 272 с.
87. Егоров, А. Ю. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов – СПб.: Речь, 2005. – 436 с.
88. Егоров, А. Ю. Современные особенности наркоманий у подростков / А. Ю. Егоров, А. Г. Софронов // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2009. – № 1. – С. 22–34.
89. Жданова, Т. Н. Особенности эмоционально-личностной сферы наркозависимых и ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Жданова Татьяна Николаевна. – СПб, 2004. – 21 с.
90. Завьялов, В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / В. Ю. Завьялов. – Новосибирск: Наука, 1988. – 198 с.
91. Зеневич, Г. В. О концепции «предболезни» в психиатрии / Г. В. Зеневич // Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии: сборник научных трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – Л., 1986. – Т. 115. – С. 22–28.

92. Иванец, Н. Н. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния) / Н. Н. Иванец, М. А. Винникова. – М.: Медпрактика-М, 2001. – 128 с.
93. Илюк, Р. Д. Потребление буторфанола у зависимых от летучих растворителей / Р. Д. Илюк, Д. И. Громыко, Ю. М. Ермаков, Г. А. Зейналова // Ученые записки Санкт-Петербургского медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. – 2006. – № 1. – С. 108–109.
94. Исаев, Д. Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей / Д. Н. Исаев. – СПб: Издательство «Питер», 2000. – С. 406–418.
95. Исаева, Е. Р. Психологические факторы риска психической дезадаптации личности / Е. Р. Исаева // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. – 2005. – № 1. – С. 25–28.
96. Йорик, Р. В. Оценка рискованного поведения учащихся–сирот и учащихся, проживающих в общежитиях / Р. В. Йорик, Л. И. Крыга, Г. В. Волкова [и др.] // ВИЧ–инфекция и иммуносупрессии. – 2009. – Т. 1, № 1. – С. 94–101.
97. Каменская, В. Г. Возрастные и гендерные особенности системы психологических защит (на примере подростково–юношеской выборки) / В. Г. Каменская, С. В. Зверева // Психологический журнал. – 2005. – №4. – С.77–88.
98. Карпов, А. Б. Механизмы психологической защиты и стратегии преодоления в переходный период от подросткового к юношескому возрасту: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Карпов Алексей Борисович. – М., 2006. – 28 с.
99. Клубова, Е. Б. Отношение к болезни и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04, 14.00.25 / Клубова Елена Борисовна. – СПб., 1995. – 22 с.
100. Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей / В. В. Ковалев. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.

101. Кондрашенко В. Т. Девиантное поведение у подростков: социально-психологические и психиатрические аспекты / В. Т. Кондрашенко. – Минск: Беларусь, 1988. – 206 с.

102. Короленко, Ц. П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития / Ц. П. Короленко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1991. – № 1 – С.8–15.

103. Кошкина, Е. А. Основные показатели деятельности наркологической службы в 2011-2012 гг.: статистический сборник / Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова, О. В. Сидорюк [и др.] – М.: ННЦ наркологии МЗ РФ. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.nncn.ru/datadepot/dd51/020371.pdf> (дата обращения 02.11.2014 г.)

104. Крупицкий, Е. М. Взаимосвязь между поведением, связанным с высоким риском ВИЧ-инфицирования, и выраженностью психопатологических расстройств у больных героиновой наркоманией в Санкт-Петербурге / Е. М. Крупицкий, Э. Э. Звартау, В. Ю. Егорова [и др.] // Русский журнал «СПИД, рак и общественное здоровье». – 2006. – Т. 10, № 1. – С. 60–68.

105. Крупицкий, Е. М. Консультирование PREVENT снижает риск ВИЧ-инфицирования половым путем у наркологических больных в России: результаты рандомизированного контролируемого исследования / Е. М. Крупицкий, Д. Самет, Д. М. Ченг [и др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2009. – № 1. – С. 20–24.

106. Кулаков, С.А. Психопрофилактика аддиктивного поведения у подростков / С. А. Кулаков // Региональные аспекты современной аддиктологии: тезисы докладов международной конференции, Томск, 6 октября 1994 г. – Томск, 1994. – С. 66–67.

107. Кулаков, С.А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков / С. А. Кулаков. – СПб.: Фолиум, 1998. – 70 с.

108. Курбатова, Т. Н. Проективная методика исследования личности «Hand-тест» / Т. Н. Курбатова, О. И. Муляр. – СПб.: ГП «Иматон», 1996. – 51 с.

109. Курек, Н. С. Нарушение психической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте / Н. С. Курек. – СПб.: Алетейя, 2001. – 217 с.
110. Либина, А. Стили реагирования на стресс: Психологическая защита или совладание со сложными обстоятельствами? / Алена Либина, Александр Либин // Стилль человека: Психологический анализ: под ред. А. В. Либина. – М.: Смысл, 1998. – С. 190.
111. Личко, А. Е. Подростковая наркология / А. Е. Личко, В. С. Битенский. – Л.: Медицина, 1991. – 304 с.
112. Личко, А. Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей / А. Е. Личко. – 2-изд., перераб. и доп. – Л.: Медицина, 1985. – 416 с.
113. Лукьянов, В. В. Особенности системы психологической защиты у больных алкоголизмом / В. В. Лукьянов // Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике: материалы Российской конференции, Иваново, 26-28 мая 1999 г. – СПб. –Иваново, 2000. – С. 322–326.
114. Мак Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак Вильямс. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 480 с.
115. Мангеймер, С. Сохраняющееся преимущество от применения долгосрочной стратегии улучшения приверженности / С. Мангеймер, Е. Морс, Дж. Маттс и др. // Журнал СПИД. – 2008. – Т. 2, №. 3. – С. 233–244.
116. Менделевич, В. Д. Аддиктивное влечение / В. Д. Менделевич, М. Л. Зобин. – М.: МЕДпресс–информ, 2012. – 264 с.
117. Менделевич, В. Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие / В. Д. Менделевич. – СПб.: Речь, 2005. – 445 с.
118. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; авторы: Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Е. Р. Исаева [и др.] – СПб, 2009. – 37 с.

119. Микиртумов, Б. Е. Лексика психопатологии / Б. Е. Микиртумов. – СПб.: Речь, 2004. – 200 с.
120. Милушева, Г. А. О роли микросоциальных факторов в возникновении девиантного поведения у подростков с ранними формами злоупотребления токсикоманическими веществами и алкоголем / Г. А. Милушева, Н. Г. Найденова // Вопросы наркологии. – 1992. – № 3–4. – С. 138–143.
121. Михайлычева, И. В. Копинг-поведение младших подростков с различными рисками девиантного поведения: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / Михайлычева Ирина Владимировна. – Иваново, 2008. – 29 с.
122. Моосмюллер, Г. Маркетинговые исследования с SPSS: учебное пособие / Г. Моосмюллер, Н. Н. Ребик. – М.: ИНФРА-М, 2009. – 158 с.
123. Москвичев, В. Г. Донозологическое употребление летучих одурманивающих веществ (ЛОВ) / В. Г. Москвичев // Вопросы наркологии. – 2003. – № 4. – С. 32–37.
124. Надеждин, А. В. Токсикомания летучими углеводородами: эпидемиология, клиника, лечение / А. В. Надеждин // Ингалянты: сборник научных трудов: под. ред. Э. Э. Звартау. – СПб: Изд-во СПбГМУ, 2005. – С. 188–220.
125. Налчаджян, А. А. Социально–психическая адаптация личности: Формы, механизмы и стратегии / А. А. Налчаджян. – Ереван: Изд-во АН Арм. ССР, 1988. – 262 с.
126. Наркевич, Е. М. Задачи профилактики ВИЧ–инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков / Е. М. Наркевич // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – Т. 5, № 2. – С. 80–82.
127. Нартова–Бочавер, С. К. «Coping–behavior» в системе понятий психологии личности / С. К. Нартова–Бочавер // Психологический журнал. – 1997. – № 5. – С. 20–31.
128. Наследов, А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие / А. Д. Наследов. – 3-е изд., стереотип. – СПб.: Речь, 2008. – 392 с.

129. Носов, С. С. К проблеме полового диморфизма в онтогенезе психологических защит / С. С. Носов, В. М. Морухович // Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья: материалы III Международного Конгресса / под ред. А. А. Северного, Ю. С. Шевченко. – Казань, 2006. – С. 248–249.
130. Носов, С. С. Диагностика защитных механизмов: подход Фиби Крамер / С. С. Носов, М. Ж. Абдукаримов. – М.: Флинта: Наука, 2011. – 113 с.
131. Никольская, И. Н. Психологическая защита у детей / И. Н. Никольская, Р. М. Грановская. – СПб.: Речь, 2006. – 507 с.
132. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров [Электронный ресурс]. – Всемирная организация здравоохранения, 2006. – С. 87–97. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/96454/E87301R.pdf (дата обращения 17.12.2014 г.)
133. Перепеч, Е. А. Копинг–поведение в подростковом возрасте / Е. А. Перепеч // Сборник тезисов международной межвузовской студенческой научно–практической конференции «Психология XXI века». – СПб.: СПбГУ, 2000. – С. 63.
134. Петровский, В. А. Психология неадаптивной активности / В. А. Петровский. – М.: ТОО «Горбунок», 1992. – 224 с.
135. Плавинский, С. Л. Сексуальное поведение ВИЧ-инфицированных лиц группы риска / С. Л. Плавинский, А. Н. Барикова, А. В. Бобрик [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2009. – Т. 1, № 1. – С. 102–108.
136. Попов, Ю. В. Границы и типы саморазрушающегося поведения у детей и подростков / Ю. В. Попов // Саморазрушающееся поведение у подростков. Л.: изд. ЛНИИ им. В. М. Бехтерева, 1991. – С. 5–9.
137. Попов, Ю. В. Концепция сомаразрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности / Ю. В. Попов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1994. – № 1. – С. 6–13.

138. Попов, Ю. В. Особенности психотерапии при ранней алкоголизацией и токсикоманическим поведением у подростков с психопатическим поведением / Ю. В. Попов // Психологические исследования и психотерапия в наркологии: сборник научных трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – Л., 1989. – Т. 123. – С. 62–68.

139. Прокопович, Г. А. Социально–демографические и клинические оценки лиц, совершивших суицидальные попытки отравления на фоне употребления алкоголя и других психоактивных веществ (по данным многопрофильного стационара скорой помощи) / Г. А. Прокопович, В. Э. Пашковский, А. Г. Софронов // Наркология. – 2014. – № 6. – С. 50–55.

140. Прокопович, Г.А. Социально–демографические и клинические характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки отравления (по данным многопрофильного стационара скорой помощи) / Г. А. Прокопович, В. Э. Пашковский, А. Г. Софронов // Психическое здоровье. – 2013. – № 3. – С. 32–38.

141. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для психологов и врачей / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; авторы: Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова [и др.] – СПб., 2005. – 48 с.

142. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей и медицинских психологов / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; авторы: Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс. – СПб., 2005. – 31 с.

143. Пятницкая, И. Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей / И. Н. Пятницкая. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. – 640 с.

144. Пятницкая, И. Н. Подростковая наркология / И. Н. Пятницкая, Н. Г. Найденова. – М.: Медицина, 2002. – 256 с.

145. Ратанова, Т. А. Психодиагностические методы изучения личности: Учебное пособие / Т. А. Ратанова, Н. Ф. Шляхта. – М.: Флинта, 2005. – С. 130–135.

146. Ревзин, В. Л. Особенности токсикоманического поведения подростков и психокоррекционная работа с ними / В. Л. Ревзин, В. М. Зобнев, С. В. Гречаный

// Ингальянты: сборник научных трудов / под ред. Э. Э. Звартау. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2005. – С. 257–265.

147. Романова, Е. С. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика / Е. С. Романова, Л. Р. Гребенников. – Мытищи: издательство «Талант», 1996. – 144 с.

148. Романова, О. Л. Позитивная антинаркотическая профилактика в начальной школе / О. Л. Романова, М. В. Самойлова // Вопросы наркологии. – 1994. – № 1. – С. 7–8.

149. Семенов, С. Ю. Отличительные особенности взаимосвязи механизмов психологической защиты и механизмов совладания у зависимых и независимых от психоактивных веществ подростков / С. Ю. Семенов // Наркология. – 2007. – № 11. – С. 37–41.

150. Семенов, С. Ю. Влияние использования копинг-стратегий на ощущение психологического благополучия у зависимых и независимых от психоактивных веществ подростков / С. Ю. Семенов // Наркология. – 2008. – № 4. – С. 58–64.

151. Семенюк, Л. М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции: Учебное пособие / Л. М. Семенюк. – М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 1998. – 96 с.

152. Сиволап, Ю. П. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость / Ю. П. Сиволап, В. А. Савченков. – М.: ОАО «Изд-во «Медицина», 2005. – 304 с.

153. Сиерральта З. Х. Б. Особенности психологических ресурсов личности в раннем юношеском возрасте (копинг-стратегии, защитные механизмы, социальный интеллект и общий интеллект): автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Сиерральта Зуньига Хорхе Бернардо. – СПб., 2000. – 34 с.

154. Симони, Дж. Эффективность стратегий улучшения приверженности и вирусологического ответа на высокоэффективную антиретровирусную терапию. Метаанализ рандомизированных контролируемых исследований / Дж. Симони, С. Пирсон, Д. Панталоне и др. // Журнал СПИД. – 2008. – Т. 2, №. 3. – С. 205–225.

155. Сирота, Н. А. Базисные копинг-стратегии у подростков 11–12 лет из неблагополучной и благополучной среды / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский, Н. М. Лыкова // Вопросы наркологии. – 2003. – № 1. – С. 36–46.
156. Сирота, Н. А. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1994. – № 1. – С. 63–74.
157. Сирота, Н. А. Поиск социальной поддержки и её восприятие при алкоголизме / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский, Н. С. Видерман // Вопросы наркологии. – 1999. – № 2. – С. 62–65.
158. Сирота, Н. А. Профилактика наркомании и алкоголизма / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский. – М.: Издательский центр «Академии», 2007. – 176 с.
159. Смит–Ротберг, Д. Эффективность лечения ВИЧ-инфицированных наркопотребителей при приеме антиретровирусных препаратов под непосредственным наблюдением медицинского работника / Д. Смит–Ротберг, Дж. Мезгер, М. Валтон [и др.] // Журнал СПИД. – 2008. – Т. 2, вып. 3. – С. 244–253.
160. Спрангер, Б. Ключевые принципы построения профилактических программ для подростков. // Вопросы наркологии. – 1993. – № 3. – С. 47–53.
161. Ташлыков, В. А. Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими заболеваниями / В. А. Ташлыков. – СПб: СПбМАПО, 1997. – 21 с.
162. Титова, Е. А. Сравнительный анализ поведения, связанного с высоким риском ВИЧ-инфицирования, у потребителей психостимуляторов и опиоидов / Е. А. Титова, Е. М. Крупицкий, О. Ю. Штакельберг, А. Я. Гриненко // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – № 2. – С. 74–79.
163. Ткаченко, Т. Н. Характеристика психического статуса и поведенческих реакций у ВИЧ-инфицированных пациентов / Т. Н. Ткаченко, Б. Б. Фишман, Л. А. Фоменко и др. // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2010. – Т. 2, № 1. – С. 65–69.

164. Точилова, Т. Ю. Факторный анализ психофизиологических и личностных особенностей подростков – воспитанников детских домов, употребляющих психоактивные вещества / Т. Ю. Точилова, Н. С. Ишеков, А. Г. Соловьев // Наркология. – 2012. – № 6. – С. 60–63.
165. Тулупьева, Т. В. Психологическая защита и особенности личности в период ранней юности / Т. В. Тулупьева. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000. – 92 с.
166. Тухтарова, И. В. Копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и психосоциальная адаптация больных с ВИЧ инфекцией: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Тухтарова Ирина Владимировна. – СПб., 2003. – 23 с.
167. Улюкин, И. М. Механизмы психологической защиты при ВИЧ-инфекции в зависимости от получения антиретровирусной терапии / И. М. Улюкин // Terra Medica Nova. – 2004. – № 4. – С. 29–31.
168. Фёдоров, А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия / А. П. Фёдоров. – СПб.: Питер, 2002. – 352 с.
169. Филиппова, Г. Г. Психология материнства. Текст: Учебное пособие / Г. Г. Филиппова. – М.: Изд. Института Психотерапии, 2002. – 240 с.
170. Фрейд, А. Психология «Я» и защитные механизмы / А. Фрейд. – М.: Педагогика–Пресс, 1993. – 144 с.
171. Фридланд, Г. Приверженность к терапии ВИЧ-инфекции. Сочетание исследований в области биомедицины, поведения и социологии с клинической практикой / Г. Фридланд // Журнал СПИД. – 2008. – Т. 2, № 4. – С. 346–357.
172. Фурманов, И. А. Психологические основы диагностики и коррекции нарушений поведения у детей подросткового и юношеского возраста / И. А. Фурманов. – Минск.: НИО, 1997. – 198 с.
173. Худяков, А. В. Клинические и социально-психологические основы профилактики зависимости от психоактивных веществ у несовершеннолетних. – 2-е изд., доп. / А. В. Худяков. – Иваново, 2008 – 252 с.

174. Чандер, Г. Злоупотребление алкоголем. Фактор риска низкой приверженности к противовирусной терапии и недостаточной супрессии ВИЧ / Г. Чандер, Б. Лау, Р. Мур // Журнал СПИД. – 2008. – Т. 2, № 1. – С. 77–86.
175. Чумакова, Е. В. Психологическая защита личности в системе детско–родительского взаимодействия: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.11 / Чумакова Елена Викторовна. – СПб., 1998. – 22 с.
176. Чуркин А. А. Практическое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А. А. Чуркин, А. Н. Мартюшов. – М.: МегаПро, 2010. – 132 с.
177. Эйдемиллер, Э. Г. Групповая психотерапия у подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами / Э. Г. Эйдемиллер, С. А. Кулаков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1990. – № 5. – С. 118–125.
178. Эйдемиллер, Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская – 3-е изд. – СПб.: Речь, 2007. – 352 с.
179. Ялтонский, В. М. Сравнительное исследование копинг–стратегий больных алкоголизмом и здоровых / В. М. Ялтонский, Н. А. Сирота, Н. С. Видерман, Р. Д. Дорофеева // Вопросы наркологии. – 1999. – №4. – С. 50–53.
180. Ainsworth, M. D. Patterns of infant–mother attachments: antecedents and effects on development / M. D. Ainsworth // Bull. N.Y. Acad. Med. – 1985. – 61(9). – P. 771–791.
181. Altice, F. L. Developing a directly administered antiretroviral therapy intervention for HIV-infected drug users: implications for program replication / F. L. Altice, J. A. Mezger, J. Hodges [et al.] // Clin. Infect. Dis. – 2004. – Vol. 38 (5). – P. 1376–1387.
182. Altice, F. L. Superiority of directly administered antiretroviral therapy over self–administered therapy among HIV–infected drug users: a prospective, randomized, controlled trial / F. L. Altice, D. S. Maru, R. D. Bruce [et al.] // Clin. Infect. Dis. – 2007. – Vol. 45. – P. 770–778.

183. Aman, M. G. Risperidone Disruptive Behavior Study Group. Double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of disruptive behaviors in children with subaverage intelligence / M. G. Aman, G. De Smedt, A. Derivan [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. – 2002. – Vol. 159. – P. 1337–1346.
184. Aman, M. G. The Nisonger CBRF: a child behavior rating form for children with developmental disabilities / M. G. Aman, M. J. Tasse, J. Rojahn, D. Hammer // *Res. Dev. Disabilities*. – 1993. – Vol. 17. – P. 41–57.
185. Aman, M. G. The Nisonger Child Behavior Rating Form: typical IQ version / M. G. Aman, S. Leonea, L. Lecavaliera [et al.] // *International Clinical Psychopharmacology*. – 2008. – Vol. 23. – P. 232–242.
186. Amirkhan, J. H. Factor analitically driven measure of coping: the strategy indicator / J. H. Amirkhan // *J. of Personality and Social Psychology*. – 1990. – Vol. 59. – P. 1066–1074.
187. Amodeo, M. Abstinence, reasons for not drinking, and life satisfaction / M. Amodeo, N. Kurtz, H. Cutter // *The International Journal of the Addictions*. – 1992. – Vol. 27(6). – P. 707–716.
188. Andersen, H. S. Heroin dependence: consequences and precursors related to route of administration / H. S. Andersen, D. Sestoft, T. Lillebaek [et al.] // *Nordic Journal of Psychiatry*. – 1999. – Vol. 53. – P. 153–158.
189. Anderson, C. E. Recognition and prevention of inhalant abuse / C. E. Anderson, G. A. Loomis // *Am. Fam. Physician*. – 2003. – Vol. 68(5). – P. 869–874.
190. Anderson, K. G. Life Stress, coping and comorbid youth: An examination of the stress-vulnerability model for substance relapse / K. G. Anderson, D. E. Ramo, S. A. Brown // *Journal of Psychoactive Drugs*. – 2006. – Vol. 38 (3). – P. 255–262.
191. Andrews, G. The determination of Defense Style by Quotionnaire / G. Andrews, C. Pollock, G. Steward // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1989. – Vol. 46(5). – P. 455–460.
192. Angelino, A. F. Management of psychiatric disorders in patients infected with HIV / A. F. Angelino, G. J. Treisman // *Clin. Infect. Dis*. – 2001. – Vol. 33. – P. 847–856.

193. Annis, H. M. Gender in relation to relapse crisis situations, coping, and outcome among treated alcoholics / H. M. Annis, S. M. Sklar, A. E. Moser // *Addict. Behav.* – 1998. – Vol. 23(1). – P. 127–131.
194. Antoni, M. H. Stress management effects on perceived stress and cervical neoplasia in low-income HIV-infected women / M. H. Antoni, D. B. Pereira, I. Marion [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research.* – 2008. – Vol. 65 (4). – P. 389–401.
195. Apter, A. Defense mechanisms in risk of suicide and risk of violence / A. Apter, R. Plutchik, S. Sevy [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 1989. – Vol. 146(8). – P. 1027–1031.
196. Aranda–Naranjo, B. Quality of life in HIV–positive patients / B. Aranda–Naranjo // *J. Assoc. Nurses AIDS Care.* – 2004. – Vol. 15. – P. 20–27.
197. Arcelus, J. Child psychiatric disorders among primary mental health service attenders / J. Arcelus, P. Vostanis // *Br. J. Gen. Prac.* – 2003. – Vol. 53 – P. 214–216.
198. Baker, L. A. Resting heart rate and the development of antisocial behaviour from age 9 to 14: genetic and environmental influences / L. A. Baker, C. Tuvblad, C. Reynolds [et al.] // *Developmental Psychopathology.* – 2009. Vol. 21. – P. 939–960.
199. Ball, J. Coping and HIV infection in African–American women / J. Ball, L. Tannenbaum, L. Armistead [et al.] // *Women and Health.* – 2002. – Vol. 35. – P. 17–36.
200. Balsa, A. I. Substance use, education, employment, and criminal activity outcomes of adolescents in outpatient chemical dependency programs / A. I. Balsa, J. F. Homer, M. T. French [et al.] // *Journal of Behavioral Health Services and Research.* – 2009. – Vol. 36(1). – P. 75–95
201. Bank, I. Patterson GR, Weinrott MR. A comparative evaluation of parent–training interventions for families of chronic delinquents / I. Bank, J. H. Marlowe, J. B. Reid [et al.] // *J. Abnorm. Child. Psychol.* – 1991. – Vol. 19. – P. 15–33.
202. Barclay, M. Conduct disorders / M. Barclay, J. Hoffman // *Handbook of Developmental Psychopathology: Perspectives in Developmental Psychology* / ed. by S. M. Miller, M. Lewis. – New York: Plenum Press, 1990. – P. 109–118.
203. Barnes, G. M. Parent-adolescent interactions in the development of alcohol abuse and other deviant behaviors / G. M. Barnes, M. P. Farrell, M. Windle // *Parent-*

adolescent relationships / ed. by B. K. Barber, B. C. Rollins. – New York: University Press, 1990. – P. 121–142.

204. Barnett, E. Motivational Interviewing for adolescent substance use: a review of the literature / E. Barnett, S. Sussman, C. Smith [et al.] // Addictive Behaviors. – 2012. – Vol. 37(12). – P. 1325–1334.

205. Barrera, M. J. Social support in the adjustment of pregnant adolescents: assessment issues / M. J. Barrera // Social network and social support / ed. by B. H. Gottlieb. – London: Beverly Hills, C.A.: Sage, 1981. – P 69–96.

206. Bartusch, D. R. J. Is age important? Testing a general versus a developmental theory of antisocial behavior / D. R. J. Bartusch, D. R. Lynam, T. E. Moffitt [et al.]. – Criminology. – 1997. – Vol. 35. – P. 13–48.

207. Bassarath, L. Conduct disorder: A biopsychosocial review / L. Bassarath // The Canadian Journal of Psychiatry. – 2001. – Vol. 46. – P. 609–616.

208. Basu, D. Inhalant abuse by adolescents: A new challenge for Indian physicians / D. Basu, O. P. Jhirwal, J. Singh [et al.] // Indian J. Med. Sci. – 2004. – Vol. 58(6). – P. 245–249.

209. Battistich, V. Prevention effects of the child development project: Early findings from an outgoing multisite demonstration trial / V. Battistich, E. Schaps, M. Watson [et al.] // Journal of Adolescent Research. – 1996. – Vol. 11. – P. 12–35.

210. Beauchaine, T. P. Comorbidity of attention–deficit/hyperactivity disorder and early–onset conduct disorder: biological, environmental, and developmental mechanisms / T. P. Beauchaine, S. P. Hinshaw, K. L. Pang // Clinical Psychology: Science and Practice. – 2010. – Vol. 17(4). – P. 327–336.

211. Bekman, N. B. Affective and personality risk and cognitive mediators of initial adolescent alcohol use / N. B. Bekman, K. Cummins, S. A. Brown // Journal of Studies on Alcohol and Drugs. – 2010. – Vol. 71(4). – P. 570–580.

212. Belsky, J. Parenting, attention and externalizing problems: testing mediation longitudinally, repeatedly and reciprocally / J. Belsky, R. M. P. Fearon, B. Bell // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2007. – Vol. 48. – P. 1233–1242.

213. Berg, C. J. Behavioral aspects of HIV care: adherence, depression, substance use, and HIV–transmission behaviors / C. J. Berg, S. E. Michelson, S.A. Safren // *Infect. Dis. Clin. North Am.* – 2007. – Vol. 21. – P. 181–200.
214. Bertholet, N. Factor structure of the SOCRATES questionnaire in hospitalized medical patients / N. Bertholet, K. Dukes, N. J. Horton [et al.] // *Addict. Behav.* – 2009. – Vol. 34(6–7). – P. 568–572.
215. Bhattachary, S. Recreational use of 3,4–methylenedioxymethamphetamine (MDMA) or «ecstasy»: evidence for cognitive impairment / S. Bhattachary, J. H. Powell // *Psychological Medicine.* – 2001. – Vol. 31. – P. 647–658.
216. Biederman, J. The long–term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10–year prospective longitudinal follow–up study / J. Biederman, C. R. Petty, C. Dolan [et al.] // *Psychol. Med.* – 2008. – Vol. 38(7). – P. 1027–1036.
217. Biglan, A. Social and behavioural factors associated with high risk sexual behaviour among adolescents / A. Biglan, C.V. Metzler, R. Wirt [et al.] // *J. of Behavioural Medicine.* – 1990. – Vol. 13 (3). – P. 245–261.
218. Birch, C. D. Mood–induced increases in alcohol expectancy strength in internally motivated drinkers / C. D. Birch, S. H. Stewart, A. M. Wall [et al.] // *Psychology of Addictive Behaviors.* – 2004. – Vol. 18(3). – P. 231–238.
219. Blair, R. J. R. Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations / R. J. R. Blair // *Consciousness and Cognition.* – 2005. – Vol. 14. – P. 698–718.
220. Blair, R. J. R. The Cognitive Neuroscience of Psychopathy and Implications for Judgments of Responsibility / R. J. R. Blair // *Neuroethics.* – 2008. – Vol. 1(3). – P. 149–157.
221. Bloch, A. L. An empirical study of defense mechanisms in dysthymia / A. L. Bloch, M. K. Shear, J. C. Markowitz [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 1993. – Vol. 150. – P. 1194–1198.
222. Block, R. I. Effects of chronic marijuana use on human cognition / R. I. Block, M. M. Ghoneim // *Psychopharmacology.* – 1993. – Vol. 110. – P. 219–228.

223. Blumenthal, R. N. Trends in HIV seroprevalence and risk among gay or bisexual men who inject drugs in San Francisco, 1988 to 2000 / R. N. Blumenthal, A. H. Kral, L. Gee [et al.] // J. AIDS. – 2001. – Vol. 28. – P. 264–269.
224. Bolla, K. I. Memory impairment in abstinent MDMA users / K. I. Bolla, U. D. McCann, G. A. Ricaurte // Neurology. – 1998. – Vol. 51. – P. 1532–1537.
225. Bolognini, M. Evaluation of the Adolescent Drug Abuse Diagnosis instrument in a Swiss sample of drug abusers / M. Bolognini, B. Plancherel, J. Laget [et al.] // Addiction. – 2001. – Vol. 96(10). – P. 1477–1484.
226. Bond, M. P. An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style / M. P. Bond, J. S. Vaillant // Arch Gen Psychiatry. – 1986. – Vol. 43. – P. 285–288.
227. Bond, M. P. Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change / M. P. Bond // Harv. Rev. Psychiatry. – 2004. – Vol. 12(5). – P. 263–278.
228. Bond, M. P. Empirical Study of Self-rated Defensy Styles / M. P. Bond, S. T. Gardner, J. Christian et al. // Arch. Gen. Psychiatry. – 1983. – Vol. 40(3). – P. 333–338.
229. Bonin, E.-M. Costs and longer-term savings of parenting programmes for the prevention of persistent conduct disorder: a modelling study / E.-M. Bonin, M. Stevens, J. Beecham // BMC Public Health. – 2011. – Vol. 11. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/803> (дата обращения 17.12.2014 г.) doi: 10.1186/1471-2458-11-803
230. Borduin, Ch. M. Long–Term Follow–Up to a Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Serious and Violent Offenders / Ch. M. Borduin // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2005. – Vol. 73 (3). – P. 445–453.
231. Börjesson, J. Concurrent and Predictive Validity of the Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) / J. Börjesson, H. Ybrandt // The Open Psychology Journal. – 2012. – Vol. 5. – P. 31–37.

232. Börjesson, J. The Psychometric Properties of the Swedish version of Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) / J. Börjesson, B.-A. Armelius, H. Ostgard-Ybrandt // *Nordic Journal of Psychiatry*. – 2007. – Vol. 61(3). – P. 225–232.
233. Bovasso, G. B. Cannabis Abuse as a Risk Factor for Depressive Symptoms / G. B. Bovasso // *The American Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 158. – P. 2033–2037.
234. Boyd, C. J. Psychological and drug abuse symptoms associated with nonmedical use of opioid analgesics among adolescents / C. J. Boyd, A. Young, S. E. McCabe // *Subst. Abus.* – 2014. – Vol. 35(3). – P. 284–289.
235. Bradizza, C. M. Social and coping reasons for drinking: Predicting alcohol misuse in adolescents / C. M. Bradizza, A. Reifman, G. M. Barnes // *Journal of Studies on Alcohol*. – 1999. – Vol. 60. – P. 491–499.
236. Bradley, J. R. Expectations, alienation, and drinking motives among college men and women / J. R. Bradley, R. S. Carman, A. Petree // *J. of Drug and Alc. Education*. – 1991. – Vol. 21(1). – P. 27–33.
237. Breda, C. Predicting incentives to change among adolescents with substance abuse disorder / C. Breda, C. A. Heflinger // *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. – 2004. – Vol. 30(2). – P. 251–267.
238. Breslau, J. Classes of conduct disorder symptoms and their life course correlates in a US national sample / J. Breslau, N. Saito, D. J. Tancredi [et al.] // *Psychol. Med.* – 2012. – Vol. 42(5). – P. 1081–1089.
239. Brestan, E. V. Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 62 studies, and 5272 kids / E. V. Brestan, S. M. Eyberg // *Journal of Clinical Child Psychology*. – 1998. – Vol. 27. – P. 180–189.
240. Brief, A. P. Prosocial organizational behaviors / A. P. Brief, S. J. Motowidlo // *The Academy of management Review*. – 1986. – Vol. 11(4). – P. 710–725.
241. Brinkmeyer, M. Parent–child interaction therapy for oppositional children / M. Brinkmeyer, S. M. Eyberg // *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents: A. E. Kazdin, J. R. Weisz (Eds.). – New York: Guilford, 2003. – P. 204–223.*

242. Brook, J. S. Fathers Who Abuse Drugs and Their Adolescent Children: Longitudinal Predictors of Adolescent Aggression / J. S. Brook, T. Duan, D. W. Brook // American Journal on Addictions. – 2007. – Vol. 16(5). – P. 410–417.

243. Brown, L. K. Children and Adolescents Living with HIV and AIDS: A Review / L. K. Brown, K. J. Lourie, M. Pao // Journal of child psychology and psychiatry. – 2000. – Vol. 41. – № 1. – P. 81–96.

244. Brown, L. K. Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned? / L. K. Brown, K. Macintyre, L. Trujillo // AIDS Education and Prevention. – 2003. – Vol. 15(1). – P. 49–69.

245. Brown, S. A. Conduct disorder among adolescent alcohol and drug abusers / S. A. Brown, A. Gleghorn, M. A. Schuckit // J. Stud. Alcohol. – 1996. – Vol. 57(3). – P. 314–324.

246. Brown, S. A. Neurocognitive functioning of adolescents: Effects of protracted alcohol use / S. A. Brown, S. F. Tapert, E. Granholm, D. C. Delis // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. – 2000. – Vol. 24(2). – P. 164–171.

247. Burke J. D. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 year, part 2 / J. D. Burke, R. Loeber, B. Birmaher [et al.] // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 2002. – Vol. 41. – P. 1275–1293.

248. Burke, J. D. Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: Implications for the DSM–V / J. D. Burke, I. Waldman, B. B. Lahey // Journal of Abnormal Psychology. – 2010. – Vol. 119. – P. 739–751.

249. Burleson, J. A. Twelve-month follow-up of aftercare for adolescents with alcohol use disorders / J. A. Burleson, Y. Kaminer, R. H. Burke // Journal of Substance Abuse Treatment. – 2012. – Vol. 42. – P. 78–86.

250. Burrell, T. Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide / T. Burrell, C. Cahalan, B. Cimaglio et al. – Lexington, Kentucky, USA: National Institute on Drug Abuse, 2014. – 36 p. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide/introduction> (дата обращения 17.12.2014 г.).

251. Burt, S. Sources of covariation among attention deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: The importance of shared environment / S. Burt, R. Truger, M. McGue, W. Iacono // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2001. – Vol. 110. – P. 516–525.

252. Bussey, R. M. Influence of pretreatment coping strategies on the outcome of outpatient treatment of Danish alcohol abusers / R. M. Bussey, T. Jorgensen, J. J. Pinnerup [et al.] // *Eur. Addict. Res.* – 2006. – Vol. 12(2). – P. 83–90.

253. Bussing, R. Adolescent outcomes of childhood attention–deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample / R. Bussing, D. M. Mason, L. Bell [et al.] // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 49(6). – P. 595–605.

254. Button, T. M. The role of conduct disorder in explaining the comorbidity between alcohol and illicit drug dependence in adolescence / T. M. Button, S. H. Rhee, J. K. Hewitt [et al.] // *Drug Alcohol Depend.* – 2007. – Vol. 87(1). – P. 46–53.

255. Cabaj, J. L. Early childhood risk and resilience factors for behavioural and emotional problems in middle childhood [Электронный ресурс] / J. L. Cabaj, S. W. McDonald, S. C. Tough // *BMC Pediatr.* – 2014. – Vol. 14. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/14/166/prepub> (дата обращения 17.12.2014 г.) doi: 10.1186/1471-2431-14-166

256. Cairns, R. B. Social Cognition and Social Networks: A Developmental Perspective / R. B. Cairns, B. D. Cairns // *The Development and Treatment of Childhood Aggression* / ed. by D. J. Pepler, K. H. Rubin. – Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 1991. – P. 249–278.

257. Callaghan, R. C. Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance–abuse treatment? A test of the transtheoretical model / R. C. Callaghan, A. Hathaway, J. A. Cunningham [et al.] // *Addictive Behaviors*. – 2005. – Vol. 30(9). – P. 1834–1847.

258. Canino, G. The DSM–4 rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use and the effects of impairment / G. Canino, P. E.

Shrout, M. Rubeo–Stipek [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2004. – Vol. 61. – P. 85–93.

259. Carrigan, M. H. Alcohol outcome expectancies and drinking to cope with social situations / M. H. Carrigan, L. S. Ham, S. E. Thomas, C. L. Randall // Addictive Behaviors. – 2008. – Vol. 33. – P. 1162–1166.

260. Caspi, A. Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. Longitudinal evidence from a birth cohort / A. Caspi, T. E. Moffitt, D. L. Newman [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 1996. – Vol. 53. – P. 1033–1039.

261. Caspi, A. The child is father of the man: personality continuities from childhood to adulthood / A. Caspi // Journal of Personality and Social Psychology. – 2000. – Vol. 78. – P. 158–172.

262. Catanzaro, S. J. Perceived family support, negative mood regulation expectancies, coping, and adolescent alcohol use: evidence of mediation and moderation effects / S. J. Catanzaro, J. Laurent // Addict. Behav. – 2004. – Vol. 29(9). – P. 1779–1797.

263. Catz, S. Psychological distress among minority and low-income women living with HIV / S. Catz, C. Gore–Felton, J. McClure // Journal of Behavioral Medicine. – 2002. – Vol. 28. – P. 53–61.

264. Chabrol, H. Defense mechanisms / H. Chabrol // Recherche en Soins Infirmiers. – 2005. – 82. – P. 31–42.

265. Chacko, A. Enhancing traditional parent training for single mothers of children with ADHD / A. Chacko, B. T. Wymbs, F. A. Wymbs [et al.] // Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. – 2009. – Vol. 38. – P. 206–213.

266. Chaisson, R. E. A randomized, controlled trial of interventions to improve adherence to isoniazid therapy to prevent tuberculosis in injection drug users / R. E. Chaisson, G. L. Barnes, Hackman J. [et al.] // Am. J. Med. – 2001. – Vol. 110. – P. 610–615.

267. Chan, Y. F. Prevalence and comorbidity co-occurrence of major internalizing and externalizing disorders among adolescents and adults presenting to

substance abuse treatment / Y. F. Chan, M. L. Dennis, R. R. Funk // *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 2008. – Vol. 34. – P. 14–24.

268. Chandra, P. S. HIV and psychiatric disorders / P. S. Chandra, G. Desai, S. Ranjan // *Indian J. Med. Res.* – 2005. – Vol. 121. – P. 451–467

269. Chawarski, M. C. Behavioral drug and HIV risk reduction counseling (BDRC) in MMT programs in Wuhan, China: A pilot randomized clinical trial / M. C. Chawarski, W. Zhou, R. Schottenfeld // *Drug Alcohol Depend.* – 2011. – Vol. 115 (3). – P. 237–239.

270. Chawarski, M. C. Behavioral drug and HIV risk reduction counseling (BDRC) with abstinence–contingent take–home buprenorphine: A pilot randomized clinical trial / M. C. Chawarski, M. Mazlan, R. S. Schottenfeld // *Drug Alcohol Depend.* – 2008. – Vol. 94. – P. 281–284.

271. Chinet, L. Adolescent substance–use assessment: methodological issues in the use of the Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) / L. Chinet, B. Plancherel, M. Bolognini [et al.] // *Subst. Use Misuse*. – 2007. – Vol. 42(10). – P. 1505–1525.

272. Chronis, A. M. Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions / A. M. Chronis, A. Chacko, G. A. Fabiano [et al.] // *Clinical Child and Family Psychology Review*. – 2004. – Vol. 7. – P. 1–27.

273. Chung, T. Relapse to alcohol and other drug use in treated adolescents: Review and reconsideration of relapse as a change point in clinical course / T. Chung, S. A. Maisto // *Clinical Psychology Review*. – 2006. – Vol. 26(2). – P. 149–161.

274. Clarizo, H. F. Conduct disorder: Developmental considerations / H. F. Clarizo // *Psychology in the Schools*. – 1997. – Vol. 34(3). – P. 253–265.

275. Cohen, P. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence – I. Age and gender specific prevalence / P. Cohen, J. Cohen, S. Kasen [et al.] // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1993. – Vol. 34(6). – P. 851–867.

276. Coie, J. Aggression and antisocial behavior / J. Coie, K. Dodge // *Handbook of child psychology: Vol. 2. Social, emotional and personality development* / W.

Damon (Series Ed.), N. Eisenberg (Vol. Ed.). – 5th ed. – New York: Wiley, 1998. – P. 779–862.

277. Collins, P. Y. What Is the Relevance of Mental Health to HIV/AIDS Care and Treatment Programs in Developing Countries? A Systematic Review / P. Y. Collins, A. R. Holman, M. C. Freeman, V. Patel // AIDS. – 2006. – Vol. 20, № 12. – P. 1571–1582.

278. Collins, R. Y. Young-adult malt liquor drinkers: Prediction of alcohol problems and marijuana use / R. Collins, L. Bradizza, M. Clara [et al.] // Psychology of Addictive Behaviors. – 2007. – Vol. 21(2). – P. 138–146.

279. Comings, D. E. Genetic aspects of childhood disorders / D. E. Comings // Child Psychiatry and Human Development. – 1997. – Vol. 27(3). – P. 139–150.

280. Conduct Problems Prevention Research Group. The implementation of the Fast Track program: An example of a large-scale prevention science efficacy trial // Journal of Abnormal and Child Psychology. – 2002. – Vol. 30 (1). – P. 1–17.

281. Connor, D. F. A review of attention-deficit/hyperactivity disorder complicated by symptoms of oppositional defiant disorder or conduct disorder / D. F. Connor, J. Steeber, K. McBurnett // Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. – 2010. – Vol. 31. – P. 427–440.

282. Connor, D. F. ADHD with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder: discrete or nondistinct disruptive behavior disorders? / D. F. Connor, L. A. Doerfler // J. Atten. Disord. – 2008. – Vol. 12(2). – P. 126–134.

283. Conte H., Apter A. The Life Style Index. A Self-Report Measure of Ego Defenses / H. Conte, A. Apter // Ego Defenses: Theory and Measurement / ed. by H. Conte, R. Plutchik. – New York: Wiley, 1995. – P. 179–201.

284. Cooper, M. L. Development and validation of a three-dimensional measure of drinking motives / M. L. Cooper, M. Russell, J. B. Skinner, M. Windle // Psychological Assessment. – 1992. – Vol. 4. – P. 123–132.

285. Cooper, M. L. Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use / M. L. Cooper, M. R. Frone, M. Russell, P. Mudar // Journal of Personality and Social Psychology. – 1995. – Vol. 69 (5). – P. 990–1005.

286. Cooper, M. L. Motivations for alcohol use among adolescents: development and validation of a four-factor model / M. L. Cooper // *Psychological Assessment*. – 1994. – Vol. 6. – P. 117–128.

287. Copeland, W. E. Childhood psychiatric disorders and young adult crime: a prospective, population-based study / W. E. Copeland, S. Miller–Johnson, G. Keeler [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. – 2007. – Vol. 164. – P. 1668–1675.

288. Corby, E. A. Contingency management interventions for treating the substance abuse of adolescents: A feasibility study / E. A. Corby, J. M. Roll, D. M. Ledgerwood, C. R. Schuster // *Experimental Clinical Psychopharmacology*. – 2000. – Vol. 8. – P. 371–376.

289. Costello, E. J. Prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence / E. J. Costello, S. Mustillo, G. Keller, A. Angold // *Mental Health Services: a Public Health Perspective*. – Second Edition / ed. by B. L. Levin, J. Petrila, K. D. Hennessy. – Oxford, UK: Oxford University Press, 2004. – P. 111–128.

290. Cox, W. M. A motivational model of alcohol use / W. M. Cox, E. Klinger // *J. Of. Abnormal. Psychology*. – 1988. – Vol. 97(2). – P. 168–180.

291. Cox, W. M. A motivational model of alcohol use: Determinants of use and change / W. M. Cox, E. Klinger // *Handbook of motivational counseling: Concepts, approaches, and assessment* / ed. by W. M. Cox, E. Klinger. – Chichester: Wiley, Ltd., 2004. – P. 121–138.

292. Craig, W. M. The Road to Gang Membership: Characteristics of Male Gang and Non-Gang Members From Ages 10 to 14 / W. M. Craig, C. G. Vitaro, R. E. Tremblay // *Social Development*. – 2002. – Vol. 11(1). – P. 53–68.

293. Cramer, P. Defense mechanisms in adolescent conduct disorder and adjustment reaction / P. Cramer, F. D. Kelly // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2004. – Vol. 192 (2). – P. 139–145.

294. Cramer, P. Evidence for change in children's use of defense mechanisms / P. Cramer // *J. of personality*. – 1997. – Vol. 65(2). – P. 233–249.

295. Cramer, P. Longitudinal study of defense mechanisms: late childhood to late adolescence / P. Cramer // *J. Pers.* – 2007. – Vol. 75 (1). – P. 1–24.

296. Cramer, P. Preschool antecedents of defense mechanism use in young adults: A longitudinal study / P. Cramer // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1998. – Vol. 74 (1). – P. 159–169.
297. Croft, R. J. The relative contributions of ecstasy and cannabis to cognitive impairment / R. J. Croft, A. J. Mackay, A. T. Mills, J. G. Gruzelier // *Psychopharmacology (Berl)*. – 2001. – Vol. 153(3). P. 373–379.
298. Croughan, J. L. Psychiatric illness in male and female narcotic addicts / J. L. Croughan, J. P. Miller, D. Wagelin [et al.] // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 1982. – Vol. 43(6). – P. 225–228.
299. Crum, R. M. The association of educational achievement and school dropout with risk of alcoholism: A twenty-five-year prospective study of inner-city children / R. M. Crum, M. E. Ensminger, M. J. Ro, J. McCord // *J. Stud. Alcohol*. – 1998. – Vol. 59. – P. 318–326.
300. Czobor, P. The European Adolescent Assessment Dialogue (EuroADAD): A Psychometric Evaluation / P. Czobor, E. Bacsikai, D. Oberg [et al.] // *Eur. Addict. Res*. – 2011. – Vol. 17. – P. 302–315.
301. Dafters, R. I. Contribution of cannabis and MDMA («ecstasy») to cognitive changes in long-term polydrug users / R. I. Dafters, R. Hoshi, A. C. Talbot // *Psychopharmacology (Berl)*. – 2004. – Vol. 173(3–4). – P. 405–10.
302. Dafters, R. I. Level of use of MDMA in humans correlates with EEG power and coherence / R. I. Dafters, F. Duffy, P. J. O'Donnell [et al.] // *Psychopharmacology*. – 1999. – Vol. 145. – P. 82–90.
303. Dalsgaard, S. ADHD, stimulant treatment in childhood and subsequent substance abuse in adulthood – a naturalistic long-term follow-up study / S. Dalsgaard, P. B. Mortensen, M. Frydenberg, P. H. Thomsen // *Addict. Behav*. – 2014. – Vol. 39 (1). – P. 325–328.
304. Darke, S. Prevalence, symptoms and correlates of antisocial personality disorder among methadone maintenance clients / S. Darke, W. Hall, W. Swift // *Drug Alcohol Depend*. – 1994. – Vol. 34(3). – P. 253–257.

305. Darke, S. The relationship of conduct disorder to attempted suicide and drug use history among methadone maintenance patients / S. Darke, J. Ross, M. Lynskey // *Drug Alcohol Rev.* – 2003. – Vol. 22(1). – P. 21–25.
306. David, S. Evaluating Mediators of the Impact of the Linking the Interests of Families and Teachers (LIFT) Multimodal Preventive Intervention on Substance Use Initiation and Growth across Adolescence / S. David, J. De Garmo, M. Eddy [et al.] // *Prev. Sci.* – 2009. – Vol. 10 (3). – P. 208–220.
307. Davids, E. Attention–deficit/hyperactivity disorder and substance abuse / E. Davids, M. Gastpar // *Psychiatr. Prax.* – 2003. – Vol. 30(4). – P. 182–186.
308. Deas, D. Adolescents are not adults: Developmental considerations in alcohol users / D. Deas, P. Riggs, J. Langenbucher [et al.] // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* – 2000. – Vol. 24(2). – P. 232–237.
309. Deas, D. Adolescent substance abuse and psychiatric comorbidities / D. Deas // *J. Clin. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 67(7). – P. 18–23.
310. Deas, D. An overview of controlled studies of adolescent substance abuse treatment / D. Deas, S. E. Thomas // *The American Journal on Addictions.* – 2001. – Vol. 10. – P. 179–189.
311. Dennis, M. L. Changing the focus: The case for recognizing and treating cannabis use disorders / M. Dennis, T. F. Babor, C. Roebuck [et al.] // *Addiction.* – 2002. – Vol. 97(1). – P. 4–15.
312. Dennis, M. L. The CYT Steering Committee. The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: Rationale, study design, and analysis plans / M. L. Dennis, J. C. Titus, G. Diamond [et al.] // *Addiction.* – 2002. – Vol. 97 (1). – P. 16–34.
313. Dennis, M. L. The duration and correlates of addiction and treatment careers / M. L. Dennis, C. Scott, R. Funk, M. Foss // *Journal of Substance Abuse Treatment.* – 2005. – Vol. 28. P. 51–62.
314. Devine, D. HIV infection in inner–city African American women: The role of optimism in predicting depressive symptomatology / D. Devine, R. Forehand, E. Morse [et al.] // *International Journal of Rehabilitation and Health.* – 2000. – Vol. 5. – P. 141–156.

315. DeWit, D. J. Age at First Alcohol Use: A Risk Factor for the Development of Alcohol Disorders / D. J. DeWit, E. M. Adlaf, D. Offord R. [et al.] // American Journal of Psychiatry. – 2000. – Vol. 157. – P. 745–750.
316. Dinwiddie, S. H. Abuse of inhalants: a review / S. H. Dinwiddie // Addiction. – 1994. – Vol. 89. – P. 925–939.
317. Dishion, T.J. Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: Immediate and 1-year outcomes / T. J. Dishion, D. W. Andrews // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1995. – Vol. 63 (4). – P. 538–548.
318. Dodge, K. Conduct Disorder / K. Dodge // Handbook of Developmental Psychopathology / ed. by A. J. Sameroff, M. Lewis, S. M. Miller. – 2nd ed. – New York: Kluwer Academic/Plenum Publ., 2000. – P. 447–463.
319. Dodge, K. A. Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive and non-aggressive boys / K. A. Dodge, J. E. Lochman // J. Consult. Clin. Psychol. – 1994. – Vol. 62. – P. 366–374.
320. Doll, B. Prevalence of psychiatric disorders in children and youth: An agenda for advocacy by school psychology / B. Doll // School Psychology Quarterly. – 1996. – Vol. 11(1). – P. 20–47.
321. Dow, S. J. Listening to youth: Adolescents' reasons for substance use as a unique predictor of treatment response and outcome / S. J. Dow, J. F. Kelly // Psychol. Addict. Behav. – 2013. – Vol. 27(4). – P. 1122–1131.
322. Downey, L. To thine own self be true: Selfconcept and motivation for abstinence among substance abusers / L. Downey, D. B. Rosengren, D. M. Donovan // Addictive Behaviors. – 2000. – Vol. 25(5). – P. 743–757.
323. Drabick, D. A. G. Deconstructing oppositional defiant disorder: clinic-based evidence for an anger/irritability phenotype / D. A. G. Drabick, K. D. Gadow // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2012. – Vol. 51. – P. 384–393.
324. DrugFacts: Prescription and Over-the-Counter Medications. – DrugFacts / Publ. by NIH: National Institute on Drug Abuse. – 2014, Dec. – [Электронный

ресурс]. – Режим доступа: <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/prescription-over-counter-medications> (дата обращения 17.12.2014 г.)

325. Drugli, M. B. Five- to six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. / M. B. Drugli, B. Larsson, S. Fossum, W. T. Morch // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2010. – Vol. 51. – P. 559–566.

326. Elkins, I. J. Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse / I. J. Elkins, M. McGue, W. G. Iacono // *Arch Gen Psychiatry*. – 2007. – Vol. 64(10). – P. 1145–1152.

327. Embleton, L. The epidemiology of substance use among street children in resource-constrained settings: a systematic review and meta-analysis / L. Embleton, A. Mwangi, R. Vreeman [et al.] // *Addiction*. – 2013. – Vol. 108(10). – P. 1722–1733.

328. Endresen, I. M. A Norwegian translation of the Plutchik questionnaire for psychological defense / I. M. Endresen // *Scand. J. Psychol.* – 1991. – Vol. 32(2). – P. 105–113.

329. Engle, B. A critical review adolescent substance abuse group treatments / B. Engle, M. J. MacGowan // *Journal of Evidence-Based Social Work*. – 2009. – Vol. 6(3). – P. 217–243.

330. Epler, A. J. Reasons for abstaining or limiting drinking: A developmental perspective / A. J. Epler, K. J. Sher, T. M. Piasecki // *Psychology of Addictive Behaviors*. – 2009. – Vol. 23. – P. 428–442.

331. Erickson, S. J. Defense mechanisms and adjustment in normal adolescents / S. J. Erickson, S. S. Feldman, H. Steiner // *Am. J. Psychiatry*. – 1996. – Vol. 153(6). – P. 826–828.

332. Eyberg, S. M. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior / S. M. Eyberg, M. N. Nelson, S. R. Boggs // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2008. – Vol. 37. – P. 215–237.

333. Eyberg, S. M. Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family / S. M. Eyberg, B. W. Funderburk, T. L. Hembree-Kigin [et al.] // *Child and Family Behavior Therapy*. – 2001. – Vol. 23. – P. 1–20.

334. Fanti, K. A. Individual, social, and behavioral factors associated with co-occurring conduct problems and callous-unemotional traits / K. A. Fanti // *J. Abnorm. Child. Psychol.* – 2013. – Vol. 41(5). – P. 811–824.

335. Farrington, D. P. Early developmental prevention of juvenile delinquency / D. P. Farrington // *Criminal Behaviour and Mental Health.* – 1994. – № 4. – P. 209–227.

336. Farrington, D. P. The development of offending and antisocial behaviour from childhood: key findings from the Cambridge study in delinquent development / D. P. Farrington // *J. Child Psychol. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 36. – P. 29–64.

337. Felner, R. D. Restructuring the ecology of the school as an approach to prevention during school transitions: longitudinal follow-up and extensions of the School Transitional Environment Project (STEP) / R. D. Felner, S. Brand, A. Adan [et al.] // *Prev. Hum. Serv.* – 1993. – Vol. 10. – P. 103–136.

338. Findling, R. L. A long-term open-label study of risperidone in children with severe disruptive behaviors and below-average IQ / R. L. Findling, M. G. Aman, G. De Smedt [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 161. – P. 677–684.

339. Fischer, B. Feasibility and impact of brief interventions for frequent cannabis users in Canada / B. Fischer, M. Dawe, F. McGuire [et al.] // *J. Subst. Abuse Treat.* – 2013. – Vol. 44(1). – P. 132–138.

340. Fisher, J. D. Clinician-Delivered Intervention During Routine Clinical Care Reduces Unprotected Sexual Behavior Among HIV-Infected Patients / J. D. Fisher, W. A. Fisher, D. H. Cornman // *J. AIDS.* – 2006. – Vol. 41 (1). – P. 44–52.

341. Fisher, J. D. Clinician-Initiated HIV Risk Reduction Intervention for HIV-Positive Persons / J. D. Fisher, D. H. Cornman, C. Y. Osborn // *J. AIDS.* – 2004. – Vol. 37. – P. 78–87.

342. Fishman, M. J. Treatment of opioid dependence in adolescents and young adults with extended release naltrexone: preliminary case-series and feasibility / M. J. Fishman, E. L. Winstanley, E. Curran // *Addiction.* – 2010. – Vol. 105(9). – P. 1669–1676.

343. Fleishman, J. A. Coping and depressive symptoms among people with AIDS / J. A. Fleishman, B. Fogel // *Health Psychology*. – 1994. – Vol. 13. – P. 156–169.
344. Fletcher, J. M. Cognitive correlates of long-term cannabis use in Costa Rican men / J. M. Fletcher, J. B. Page, D. J. Francis [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1996. – Vol. 53. – P. 1051–1057.
345. Flory, K. The relation between attention deficit hyperactivity disorder and substance abuse: what role does conduct disorder play? / K. Flory, D. R. Lynam // *Clin. Child. Fam. Psychol. Rev.* – 2003. – Vol. 6(1). – P. 1–16.
346. Foley, D. L. Childhood adversity, monoamine oxidase A genotype, and risk for conduct disorder / D. L. Foley, L. J. Eaves, B. Wormley [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 2004. – Vol. 61. – P. 738–744.
347. Folkman, S. Personal control and coping processes: A theoretical analysis / S. Folkman // *J. Person. Soc. Psychol.* – 1984. – Vol. 46, №4. – P. 839–852.
348. Fonagy, P., Steele H., Steele M. Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant–mother attachment at one year of age. / P. Fonagy, H. Steele, M. Steele // *Child. Dev.* – 1991. – Vol. 62. – P. 891–905.
349. Ford, C. V., Spaulding R. C. The Pueblo Incident. Comparison of Factors Related to Coping With Extreme Stress / C. V. Ford, R. C. Spaulding // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1973. – Vol. 29(3). – P. 340–343.
350. Forgatch, M. S. Evaluating Fidelity: Predictive Validity for a Measure of Competent Adherence to the Oregon Model of Parent Management Training / M. S. Forgatch, G. R. Patterson, D. S. DeGarmo // *Behav. Ther.* – 2005. – Vol. 36 (1). – P. 3–13.
351. Fox, H. C. Auditory verbal learning in drug-free Ecstasy polydrug users / H. C. Fox, A. S. Toplis, J. J. D. Turner [et al.] // *Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp.* – 2001. – Vol. 16. – P. 613–618.
352. Fox, H. C. Ecstasy/MDMA related cognitive deficits: a function of dosage rather than awareness of the problem / H. C. Fox, A. C. Parrott, J. J. D. Turner // *J. Psychopharmacol.* – 2001. – Vol. 15. – P. 273–281.

353. Franke, G.H. Assessment and evaluation of psychological distress in HIV-infected women / G. H. Franke, H. Jager, B. Thomann [et al.] // Psychol. Health. – 1992. – Vol. 6. – P. 297–312.

354. Fricchione, G. L. Psychological adjustment to end-stage renal disease and the implications of denial / G. L. Fricchione, E. Howanitz, L. Jandorf [et al.] // Psychosomatics. – 1992. – Vol. 33. – P. 85–91.

355. Frick, P. J. Academic underachievement and the disruptive behavior disorders / P. J. Frick, R. W. Kamphaus, B. B. Lahey [et al.] // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1991. – Vol. 59. – P. 289–294.

356. Frick, P. J. Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective / P. J. Frick, E. Viding // Dev. Psychopathol. – 2009. – Vol. 21(4). – P. 1111–1131.

357. Frick, P. J. Childhood conduct problems in a family context / P. J. Frick // School Psychology. – 1993. – Vol. 22(3). – P. 376–385.

358. Frick, P. J. Conduct disorders / P. J. Frick // Handbook of child psychopathology / ed. by T. H. Ollendick, M. Hersen. – 3d ed. – New York: Plenum Press, 1998. – P. 213–237.

359. Frick, P. J. Effective interventions for children and adolescents with conduct disorder / P. J. Frick // Canadian Journal of Psychiatry. – 2001. – Vol. 46. – P. 597–608.

360. Frick, P. J. Research review: the importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior / P. J. Frick, S. F. White // J. Child. Psychol. Psychiatry. – 2008. – Vol. 49(4). – P. 359–375.

361. Friedland, J. Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS / J. Friedland, R. Rewick, M. McColl // AIDS Care. – 1996. – Vol. 8. – P. 15–31.

362. Friedman, A. S. A method for diagnosing and planning the treatment of adolescents drug abusers (The Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) instrument) / A. S. Friedman, A. Utada // Journal of Drug Education. – 1989. – Vol. 19(4). – P. 285–312.

363. Gardner, E. M. Parent–child interaction and conduct disorder / E. M. Gardner // *Educ. Psychol. Rev.* – 1992. – № 2. – P. 135–163.

364. Gelhorn, H. L. Genetic and environmental influences on conduct disorder: Symptom, domain, and full–scale analyses / H. L. Gelhorn, M. C. Stallings, S. E. Young [et al.] // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* – 2005. – Vol. 46 (6). – P. 580–591.

365. Gideon, L. Drug Offenders' Perceptions of Motivation. The Role of Motivation in Rehabilitation and Reintegration / L. Gideon // *Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol.* – 2010. – Vol. 54(4). – P. 597–610.

366. Gilson, K. M. Validation of the Drinking Motives Questionnaire (DMQ) in older adults / K. M. Gilson, C. Bryant, B. Bei [et al.] // *Addict. Behav.* – 2013. – Vol. 38(5). – P. 2196–2202.

367. Girouard, N. Etude de fidelite test–retest et accord interjuges de la Grille d'évaluation compartimentale pour enfants Nisonger (GECEN) / N. Girouard, N. Morin, M. J. Tasse // *Revue francophone de la deficiance intellectuelle.* – 1998. – № 9. – P. 127–136.

368. Godley, M. The effect of assertive continuing care on continuing care linkage, adherence and abstinence following residential treatment for adolescents with substance use disorders / M. Godley, S. Godley, M. Dennis [et al.] // *Addiction.* – 2007. – Vol. 102(1). – P. 81–93.

369. Goodman, I. Understanding motivation for substance use treatment: The role of social pressure during the transition to adulthood / I. Goodman, M. Peterson–Badali, J. Henderson // *Addictive Behaviors.* – 2011. – Vol. 36(6). – P. 660–668.

370. Goodman, R. A twin study of hyperactivity: I. An examination of hyperactivity scores and categories derived from Rutter teacher and parent questionnaires. II. The aetiological role of genes, family relationships, and perinatal adversity / R. Goodman, J. Stevenson // *J. Child. Psychol. Psychiatry.* – 1989. – Vol. 30. – P. 671–710.

371. Gordon, R. A. Antisocial behavior and youth gang membership: selection and socialization / R. A. Gordon, B. B. Lahey, E. Kawai [et al.] // *Criminology*. – 2004. – Vol. 42(1). – P. 55–88.

372. Gottfredson, D. C. How Drug Treatment Courts Work An Analysis of Mediators / D. C. Gottfredson, B. W. Kearley, S. Najaka, C. M. Rocha // *Journal of Research in Crime and Delinquency*. – 2007. – Vol. 44(1). – P. 3–35.

373. Gouzoulis–Mayfrank, E. Impaired cognitive impairment in drug free users of recreational Ecstasy / E. Gouzoulis–Mayfrank, J. Daumann, F. Tuchtenhagen [et al.] // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. – 2000. – Vol. 68. – P. 719–725.

374. Gouzoulis–Mayfrank, E. The confounding problem of polydrug use in recreational ecstasy/MDMA users: a brief overview / E. Gouzoulis–Mayfrank, J. J. Daumann // *Psychopharmacol.* – 2006. – Vol. 20(2). – P. 188–193.

375. Grant, B. F. Age at onset of alcohol use and its association with DSM–IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey / B. F. Grant, D. A. Dawson // *J. Subst. Abuse*. – 1997. – № 9. – P. 103–110.

376. Grassi, L. Coping styles and psychosocialrelated variables in HIVinfected patients / L. Grassi, R. Righi, L. Sighinolfi [et al.] // *Psychosomatics*. – 1998. – Vol. 39. – P. 350–359.

377. 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.

378. Greenberg, M. T. Preventive interventions for school–age deaf children: The PATHS curriculum / M. T. Greenberg, C. A. Kusche // *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. – 1998. – Vol. 3 (1). – P. 49–63.

379. Greydanus, D. E. The rebellious adolescent. Evaluation and management of oppositional and conduct disorders / D. E. Greydanus, H. D. Pratt, D. R. Patel, M. A. Sloane // *Pediatr. Clin. North Am.* – 1997. – Vol. 44. – P. 1457–1485.

380. Groenman, A. P. Substance use disorders in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a 4-year follow-up study / A. P. Groenman, J. Oosterlaan, N. Rommelse [et al.] // *Addiction*. – 2013. – Vol. 108(8). – P. 1503–1511.

381. Gurang, R. «HIV is not my biggest problem»: The impact of HIV and chronic burden on depression in women at risk for AIDS / R. Gurang, S. Taylor, M. Kemeny [et al.] // *Journal of Social and Clinical Psychology*. – 2004. – Vol. 23. – P. 490–511.

382. Hall, W. Adverse effects of cannabis / W. Hall, N. Solowij // *Lancet*. – 1998. – Vol. 352. – P. 1611–1616.

383. Halliday-Boykins, C. A. Multisystemic therapy: Theory, Research and Practice / C. A. Halliday-Boykins, S. W. Henggeler // *Balancing family-centered services and child well-being* / ed. by E. Walton, P. A. Sandau-Beckler, M. Mannes. – New York: Columbia University Press, 2001. – P. 320–335.

384. Hart, J. E. Effect of directly observed therapy for highly active antiretroviral therapy on virologic, immunologic, and adherence outcomes: a meta-analysis and systematic review / J. E. Hart, C. Y. Jeon, L. C. Ivers [et al.] // *J. AIDS*. – 2010. – Vol. 54. – P. 167–179.

385. Harty, S. C. Adolescents with childhood ADHD and comorbid disruptive behavior disorders: Aggression, anger, and hostility / S. C. Harty, C. J. Miller, J. H. Newcorn, J. M. Halperin // *Child Psychiatry and Human Development*. – 2009. – Vol. 40. – P. 85–97.

386. Harty, S. C. Delinquency, aggression, and attention-related problem behaviors differentially predict adolescent substance use in individuals diagnosed with ADHD / S. C. Harty, S. Galanopoulos, J. H. Newcorn, J. M. Halperin // *Am. J. Addict.* – 2013. – Vol. 22(6). – P. 543–563.

387. Hartzell, J. D. Impact of depression on HIV outcomes in the HAART era / J. D. Hartzell, I. E. Janke, A. C. Weintrob // *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. – 2008. – Vol. 62(2). – P. 246–255.

388. Hasking, P. A. Incorporating coping into an expectancy framework for explaining drinking behavior / P. A. Hasking, T. P. Oei // *Curr. Drug Abuse Rev.* – 2008. – № 1. – P. 20–35.

389. Hasking, P. A. The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behavior / P. A. Hasking, M. Lyvers, C. Carlopio // *Psychology of Addictive Behaviors*. – 2011. – Vol. 36. – P. 479–487.

390. Hawkins, J. D. Preventing adolescent health–risk behaviors by strengthening protection during childhood / J. D. Hawkins, R. F. Catalano // *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. – 1999. – Vol. 153. – P. 226–234.

391. Hawkins, J. D. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention / J. D. Hawkins, R. F. Catalano, J. Y. Miller // *Psychological Bulletin*. – 1992. – Vol. 112. – P. 64–105.

392. Heffernan, T. M. Prospective memory, everyday cognitive failure and central executive function in recreational users of Ecstasy / T. M. Heffernan., H. Jarvis, J. Rodgers [et al.] // *Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp.* – 2001. – Vol. 16. – P. 607–612.

393. Hemphill, S. A. The Effect of School Suspensions and Arrests on Subsequent Adolescent Behavior in Australia and the United States / S. A. Hemphill, J. W. Toumborou, T. L. Herrenkohl [et al.] // *Journal of Adolescent Health*. – 2006. – Vol. 39. – P. 736–744.

394. Henderson, C. E. Practices as Mediators of Treatment Effects in an Early–Intervention Trial of Multidimensional Family Therapy / C. E. Henderson, C. L. Rowe, G. A. Dakof [et al.] // *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. – 2009. – Vol. 35(4). – P. 220–226.

395. Henggeler, S. W. Enhancing the effectiveness of juvenile drug courts by integrating evidence–based practices / S. W. Henggeler, M. R. McCart, Ph. B.

Cunningham, J. E. Chapman // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2012. – Vol. 80(2). – P. 264–275.

396. Henggeler, S. W. Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination / S. W. Henggeler, G. Melton, M. Brondino [et al.] // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1997. – Vol. 65(5). – P. 821–833.

397. Hepburn, J. R. The Effect of the Threat of Legal Sanction on Program Retention and Completion: Is That Why They Stay in Drug Court? / J. R. Hepburn // Crime and Delinquency. – 2007. – Vol. 53(2). – P. 255–280.

398. Herpertz, S. C. Emotional deficiency and psychopathy / S. C. Herpertz, H. Sass // Behavioral Science and Law. – 2000. – Vol. 18. – P. 317–323.

399. Herpertz, S. C. Psychophysiological responses in ADHD boys with and without conduct disorder: Implications for adult antisocial behavior / S. C. Herpertz, B. Wenning, B. Mueller [et al.] // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2001. – Vol. 40(10). – P. 1222–1230.

400. Hill, K. G. Childhood Risk Factors for Adolescent Gang Membership: Results From the Seattle Social Development Project / K. G. Hill, J. C. Howell, J. D. Hawkins, S. R. Battin–Pearson // Journal of Research in Crime and Delinquency. – 1999. – Vol. 36(3). – P. 300–322.

401. Hinshaw, S. P. Conduct and oppositional defiant disorders / S. P. Hinshaw, S. S. Lee // Child psychopathology / ed. by E. J. Mash, R. A. Barkley. – New York: Guilford Press, 2003. – P. 144–198.

402. Holi, M. M. Defense styles explain psychiatric symptoms: an empirical study / M. M. Holi, P. R. Sammallahti, V. A. Aalberg // J. Nerv. Ment. Dis. – 1999. – Vol. 187. – P. 654–660.

403. Holmes, S. J. The influence of childhood disciplinary experience on the development of alcoholism and depression / S. J. Holmes, L. N. Robins // Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. – 1987. – Vol. 28. – P. 399–415.

404. Holzer, L. Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) vs. Health of Nation Outcome Scale for Children and Adolescents (HoNOSCA) in clinical outcome measurement / L. Holzer, I. K. Tchemadjeu, B. Plancherel [et al.] // *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. – 2006. – Vol. 12(5). – P. 482–490.
405. Huesmann, L. R. An Information Processing Model for the Development of Aggression / L. R. Huesmann // *Aggressive behavior*. – 1988. – Vol. 14. – P. 13–24.
406. Humphreys, K. L. Risk taking and sensitivity to punishment in children with ADHD, ODD, ADHD+ODD, and controls / K. L. Humphreys, S. S. Lee // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. – 2011. – Vol. 33. – P. 299–307.
407. Ickovics, J. R. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV– seropositive women: longitudinal analysis from the HIV Epidemiology Research Study / J. R. Ickovics, M. E. Hamburger, D. Vlahov [et al.] // *JAMA*. – 2001. – Vol. 285. – P. 1466–1474.
408. Johns, A. Psychiatric effects of cannabis // *British Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 178. – P. 116–122.
409. Johnson, B. D. Parent training through play: Parent–child interaction therapy with a hyperactive child / B. D. Johnson, L. C. Franklin, K. Hall, L. R. Prieto // *The Family Journal Counseling and Therapy for Couples and Families*. – 2000. – Vol. 8. – P. 180–186.
410. Jones, D. Predictors of self–reported physical symptoms in low– income, inner–city African American women: The role of optimism, depressive symptoms, and chronic illness / D. Jones, C. O’ Connell, M. Ground [et al.] // *Psychology of Women Quarterly*. – 2004. – Vol. 28. – P. 112–121.
411. Jonsson, G. Knowledge, attitudes and personal beliefs about HIV and AIDS among mentally ill patients in N Soweto, Johannesburg / G. Jonsson, M. Y. H. Moosa, F. Y. Jeenah // *Southern African Journal of HIV Medicine*. – 2001. – Vol. 12(3). – P. 14–20.
412. Joska, J. A. Patients with severe mental illness: A new approach to testing for HIV / J. A. Joska, S. Kaliski, S. R. Benatar // *South African Medical Journal*. – 2005. – Vol. 95(3). – P. 630–634.

413. Kaminer, Y. Brief motivational interventions, cognitive-behavioral therapy, and contingency management for youth substance use disorders / Y. Kaminer, A. Spirito, W. Lewander // Clinical manual of adolescent substance abuse treatment / ed. by Y. Kaminer, K. Winters. – Arlington: American Psychiatric, 2011. – P. 213–238.

414. Kaminer, Y. Efficacy of outpatient aftercare for adolescents with alcohol use disorders: A randomized controlled study / Y. Kaminer, J. A. Burleson, R. H. Burke // Journal Of The American Academy Of Child and Adolescent Psychiatry. – 2008. – Vol. 47(12). – P. 1405–1412.

415. Kaminer, Y. Psychotherapies for adolescent substance abusers: Short- and long-term outcomes / Y. Kaminer, J. A. Burleson, R. Goldberger // Journal of Nervous and Mental Disease. – 2002. – Vol. 190. – P. 737–745.

416. Kazdin, A. E. Risk factors, onset, and course of dysfunction / A. E. Kazdin // Conduct Disorders in Childhood and Adolescence. – 2nd ed. – Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995. – P. 50–74.

417. Kazdin, A. E. Parent management training: evidence, outcomes, and issues / A. E. Kazdin // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 1997. – Vol. 36(10). – P. 1349–1356.

418. Kazdin, A. E. Practitioner Review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children / A. E. Kazdin // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 1997. – Vol. 38(2). – P. 161–178.

419. Khumalo–Sakutukwa, G. Project Accept (HPTN 043): a community-based intervention to reduce HIV incidence in populations at risk for HIV in sub-Saharan Africa and Thailand / G. Khumalo–Sakutukwa, S. Morin, K. Fritz // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome. – 2008. – Vol. 49(4). – P. 422–431.

420. Kellam, Sh. G. Effects of a Universal Classroom Behavior Management Program in First and Second Grades on Young Adult Behavioral, Psychiatric, and Social Outcomes/ Sh. G. Kellam, C. H. Brown., J. Poduska [et al.] // Drug Alcohol Depend. – 2008. – Vol. 95 (1). – P. 5–28.

421. Kelley, M. L. Psychiatric disorders of children living with drug-abusing, alcohol-abusing and non-substance-abusing fathers / M. L. Kelley, W. Fals-Stewart //

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2004. – Vol. 43(5). – P. 621–628.

422. Kelly, J. F. Can 12-step group participation strengthen and extend the benefits of adolescent addiction treatment? A prospective analysis / J. F. Kelly, S. J. Dow, J. D. Yeterian, C. Kahler // Drug and Alcohol Dependence. – 2010. – Vol. 110(1–2). – P. 117–125.

423. Kelly, J. F. Youth recovery contexts: The incremental effects of 12-step attendance and involvement on adolescent outpatient outcomes / J. F. Kelly, K. Urbanoski // Alcoholism, Clinical and Experimental Research. – 2012. – Vol. 36(7). – P. 1219–1229.

424. Kendell, R. Cannabis condemned: the proscription of Indian Hemp / R. Kendell // Addiction. – 2003. – Vol. 98. – P. 143–151.

425. Kennedy, C. A. Gender differences in HIV-related psychological distress in heterosexual couples / C. A. Kennedy, J. H. Skurnick, M. Foley, D. B. Louria // AIDS Care. – 1995. – Vol. 7 (1). – P. 333–338.

426. Klassen, L. J. Comorbid attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: treatment considerations / L. J. Klassen, T. S. Bilkey, M. A. Katzman, P. Chokka // Curr. Drug Abuse Rev. – 2012. – Vol. 5(3). – P. 190–198.

427. Klugman, A. Chronic cognitive impairment in users of «ecstasy» and cannabis / A. Klugman, J. Gruzelier // World Psychiatry. – 2003. – № 3. – P. 184–190.

428. Klugman, A. Toxic effects of MDMA on brain serotonin neurons / A. Klugman, S. Hardy, T. Baldeweg [et al.] // Lancet. – 1999. – Vol. 353. – P. 1269–1270.

429. Kohli, R. M. Modification of medical outcome study (MOS) instrument for QOL assessment and its validation in HIV infected individuals in India / R. M. Kohli, S. Sane, K. Kumar [et al.] // Indian. J. Med. Res. – 2005. – Vol. 122. – P. 297–304.

430. Koob, G. F. Allostatic view of motivation: implications for psychopathology / G. F. Koob // Motivational factors in the etiology of drug abuse / ed. by R. A. Bevins, M. T. Bardo. – Lincoln, NE: University of Nebraska Press, 2004. – P. 1–18.

431. Kousha, M. Substance use disorder and ADHD: is ADHD a particularly «specific» risk factor? / M. Kousha, Z. Shahriyar, J. Alaghband-Rad // J. Atten. Disord. – 2012. – Vol. 16(4). – P. 325–332.

432. Kuntsche, E. Being drunk to have fun or to forget problems? Identifying enhancement and coping drinkers among risky drinking adolescents / E. Kuntsche, R. Knibbe, R. Engels, G. Gmel // European Journal of Psychological Assessment. – 2010. – Vol. 26(1). – P. 46–54.

433. Kuntsche, E. Development and validation of the Drinking Motive Questionnaire Revised Short Form (DMQ-R SF) / E. Kuntsche, S. Kuntsche // Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. – 2009. – Vol. 38(6). – P. 899–908.

434. Kuntsche, E. Drinking Motives and Links to Alcohol Use in 13 European Countries / E. Kuntsche, S. N. Gahhainn, Ch. Roberts [et al.] // Journal of studies on Alcohol and Drug. – 2014. – Vol. 75. – P. 428–437.

435. Kuntsche, E. Same Wording, Distinct Concepts? Testing Differences Between Expectancies and Motives in a Mediation Model of Alcohol Outcomes / E. Kuntsche, G. Gmel, R. W. Wiers, T. Janssen // Experimental and Clinical Psychopharmacology. – 2010. – Vol. 18 (5). – P. 436–444.

436. Kuperman, S. Developmental Sequence From Disruptive Behavior Diagnosis to Adolescent Alcohol Dependence / S. Kuperman, S. S. Schlosser, J. R. Kramer [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 158. – P. 2022–2026.

437. Kuperman, S. Risk domains associated with an adolescent alcohol dependence diagnosis / S. Kuperman, S. S. Schlosser, J. R. Kramer [et al.] // Addiction. – 2001. – Vol. 96. – P. 629–636.

438. Lahey, B. B. Adolescent outcomes of childhood conduct disorder among clinic-referred boys: predictors of improved / B. B. Lahey, R. Loeber, J. Burke [et al.] // J. Abnorm. Child. Psychol. – 2002. – Vol. 30. – P. 333–348.

439. Lahey, B. B. Are oppositional-defiant and hyperactive-inattentive symptoms developmental precursors to conduct problems in late childhood? Genetic and environmental links / B. B. Lahey, C. A. Van Hulle, P. J. Rathouz [et al.] // Journal of Abnormal Child Psychology. – 2009. – Vol. 37. – P. 45–58.

440. Larkby, C. A. Prenatal alcohol exposure is associated with conduct disorder in adolescence: Findings from a birth cohort / C. A. Larkby, L. Goldschmidt, B. H. Hanusa, N. L. Day // *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2011. – Vol. 50(3). – P. 262–271.

441. Latvala, A. Prevalence and correlates of alcohol and other substance use disorders in young adulthood: A population-based study [Электронный ресурс] / A. Latvala, A. Tuulio-Henriksson, J. Perälä [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2009. – Vol. 19. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/9/73> (дата обращения 18.12.2014 г.)

442. Lazarus, R. S. Coping and adaptation / R. S. Lazarus, S. Folkman // *The handbook of behavioral medicine* / ed. by W. D. Gentry. – N.Y.: Guilford, 1984. – P. 282–325.

443. Lazarus, R. S. Emotions: a cognitive phenomenological analysis / R. S. Lazarus, A. D. Kanner, S. Folkman // *Emotion. Theory, Research and Experience*. – Vol. 1 – N. Y., 1980. – P. 185–217.

444. Lazarus, R. S. Transactional theory and research on emotion and coping / R. S. Lazarus, Folkman S. // *Europ. J. Personality*. – 1987. – №. 1. – P. 141–169.

445. Lennon-Dearing, R. The benefits of women-only HIV support groups / R. Lennon-Dearing // *Journal of HIV/AIDS and Social Services*. – 2008. – Vol. 7 (1). – P. 27–45.

446. Leserman, J. Role of depression, stress, and trauma in HIV disease progression / J. Leserman // *Psychosomatic Medicine*. – 2008. – Vol. 70(5). – P. 539–545.

447. Letourneau, E. J. Two-year follow-up of a randomized effectiveness trial evaluating MST for juveniles who sexually offend / E. J. Letourneau, S. W. Henggeler, M. R. McCart [et al.] // *J. Fam. Psychol.* – 2013. – Vol. 27(6). – P. 978–985.

448. Liddle, H. A. Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial / H. A. Liddle, C. L. Rowe, G. A. Dakof [et al.] // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2009. – Vol. 77(1). – P. 12–25.

449. Liddle, H. A. Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy / H. A. Liddle, G. A. Dakof, R. M. Turner et al. // *Addiction*. – 2008. – Vol. 103(10). – P. 1660–1670.
450. Liddle, H. A. Treating adolescent substance abuse using Multidimensional Family Therapy / H. A. Liddle // *Evidence-based Psychotherapies for Children and Adolescents* / ed. by J. Weisz, A. Kazdin.). – 2nd ed. – New York: Guilford Press, 2010. – P. 416–432.
451. Liu, C. Predictors for lower quality of life in the HAART era among HIV–infected men / C. Liu, L. Johnson, D. Ostrow et al. // *J. AIDS*. – 2006. – Vol. 42. – P. 470–477.
452. Loeber, R. Antisocial behaviour: more enduring than changeable / R. Loeber // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 1991. – Vol. 30. – P. 393–397.
453. Loeber, R. Evidence for developmentally based diagnoses of oppositional defiant disorder and conduct disorder / R. Loeber, K. Keenan, B. B. Lahey [et al.] // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 1993. – Vol. 21. – P. 377–410.
454. Loeber, R. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I / R. Loeber, J. D. Burke, B. B. Lahey [et al.] // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 2000. – Vol. 39. – P. 1468–1484.
455. Loeber, R. Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features / R. Loeber, J. Burke, D. A. Pardini // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2009. – Vol. 50. – P. 133–142.
456. Longshore, D. Drug abuse treatment and risky sex: evidence for a cumulative treatment effect? / D. Longshore, S. Hsieh // *American Journal of Drug Alcohol Abuse*. – 1998. – Vol. 24 (3). – P. 439–451.
457. Longshore, D. Treatment motivation in drug users: A theory–based analysis / D. Longshore, C. Teruya // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2006. – Vol. 81. – P. 179–188.
458. Low–Beer, S. Depressive symptoms decline among persons on HIV protease inhibitors / S. Low–Beer, K. Chan, B. Yip [et al.] // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. – 2000. – Vol. 23(4). – P. 295–301.

459. Lucas, G. M. Directly administered antiretroviral therapy in the treatment of HIV infection: benefit or burden? / G. M. Lucas, C. W. Flexner, R. D. Moore // *AIDS Patient Care STDS*. – 2002. – Vol. 16. – P. 527–535.

460. Lynskey, M. T. Childhood conduct problems, attention deficit behaviors, and adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use / M. T. Lynskey, D. M. Fergusson // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 1995. – Vol. 23. – P. 281–302.

461. Lyons–Ruth, K. Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: the role of disorganized attachment patterns / K. Lyons–Ruth // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1996. – Vol. 64(1). – P. 64–73.

462. Macleod, J. Cannabis use and psychosis: the origins and implications of an association / J. Macleod // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2007. – Vol. 13. – P. 400–411.

463. Macleod, J. Cannabis use and symptom experience amongst people with mental illness: a commentary on Degenhardt et al. / J. Macleod // *Psychological Medicine*. – 2007. – Vol. 22. – P. 1–4.

464. Makoe, L. N. Coping with HIV–related stigma in five African countries / L. N. Makoe, M. Greeff, R. D. Phetlhy [et al.] // *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. – 2008. – Vol. 19(2). – P. 137–146.

465. Manchikanti, L. Prescription drug abuse: what is being done to address this new drug epidemic? Testimony before the Subcommittee on Criminal Justice, Drug Policy and Human Resources / L. Manchikanti // *Pain Physician*. – 2006. – Vol. 9(4). – P. 287–321.

466. Margo, G. M. A direct comparison of the defense mechanisms of nondepressed people and depressed psychiatric inpatients / G. M. Margo, R. P. Greenberg, S. Fisher, M. Dewan // *Compr. Psychiatry*. – 1993. – Vol. 34. – P. 65–69.

467. Marlatt, G. A. Taxonomy of high–risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive–behavioral model / G. A. Marlatt // *Addiction*. – 1996. – Vol. 91(1). – P. 37–49.

468. Martens, W. H. J. Antisocial and psychopathic personality disorders: causes, course and remission – A review article / W. H. J. Martens // *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. – 2000. – Vol. 44(4). – P. 406–430.
469. Martinez, P. Alcohol use, depressive symptoms and the receipt of antiretroviral therapy in Southwest Uganda / P. Martinez, I. Andia, N. Emenyonu [et al.] // *AIDS and Behavior*. – 2008. – Vol. 12 (4). – P. 605–612.
470. Marvel, F. Multidimensional family therapy HIV/STD risk–reduction intervention: An integrative family–based model for drug–involved juvenile offenders / F. Marvel, C. L. Rowe, L. Colon–Perez [et al.] // *Family Process*. – 2009. – Vol. 48(1). – P. 69–84.
471. Matthews, W. J. Brief therapy: A problem solving model of change / W. J. Matthews // *The Counselor*. – 1999. – Vol. 17. – № 4. – P. 29–32.
472. Maughan, B. Conduct disorders and opposition defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology / B. Maughan, R. Rowe, J. Messer [et al.] // *J. Child. Psychol. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 45. – P. 609–621.
473. Mazzardis S. Italian validation of the drinking motives questionnaire revised short form (DMQ–R SF) / S. Mazzardis, A. Vieno, E. Kuntsche, M. Santinello // *Addictive behaviors*. – 2010. – Vol. 35. – P. 905–908.
474. McCabe, S. E. Adolescent nonmedical users of prescription opioids: brief screening and substance use disorders / S. E. McCabe, B. T. West, C. J. Teter [et al.] // *Addict Behav*. – 2012. – Vol. 37(5). – P. 651–656.
475. McCabe, S. E. Medical use, medical misuse, and nonmedical use of prescription opioids: results from a longitudinal study / S. E. McCabe, B. T. West, C. J. Boyd // *Pain*. – 2013. – Vol. 154(5). – P. 708–713.
476. McCambridge, J. The efficacy of single–session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug–related risk and harm among young people: results from a multi–site cluster randomized trial / J. McCambridge, J. Strang // *Addict Abingdon Engl*. – 2004. – Vol. 99(1). – P. 39–52.
477. McCann, U. D. Cognitive performance in 3, 4 – methylenedioxymethamphetamine (MDMA, «ecstasy») users: a controlled study / U. D.

McCann, M. Merti, V. Eligulashvili [et al.] // *Psychopharmacology*. – 1999. – Vol. 143. – P. 417–425.

478. McCord, J. Identifying developmental paradigms leading to alcoholism / J. McCord // *J. Stud. Alcohol*. – 1988. – Vol. 49. – P. 357–336.

479. McGarvey, E. L. Adolescent inhalant abuse: environments of use / E. L. McGarvey, G. J. Clavet, W. Mason, D. Waite // *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. – 1999. – Vol. 25 (4). – P. 731–741.

480. McIntosh, R. C. Stress and Coping in Women Living with HIV: A Meta-Analytic Review / R.C. McIntosh, M. Rosselli // *AIDS Behav*. – 2012. – Vol. 16. – P. 2144–2159.

481. McMahon, R. J. Conduct problems / R. J. McMahon, K. C. Wells // *Treatment of childhood disorders* / ed. by E. J. Mash, R. A. Barkley. – 2nd ed. – New York: Guilford Press, 1998. – P. 111–207.

482. McMahon, R. J. Evidenced-based assessment of conduct problems in children and adolescents / R. J. McMahon, P. J. Frick // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2005. – Vol. 34. P. 477–505.

483. McMurran, M. Treatment readiness, treatment engagement and behaviour change / M. McMurran, T. Ward // *Criminal Behaviour and Mental Health*. – 2010. – Vol. 20. – P. 75–85.

484. Melzer-Lange, M. D. Violence and associated high-risk health behavior in adolescents. Substance abuse, sexually transmitted diseases, and pregnancy of adolescents / M. D. Melzer-Lange // *Pediatr. Clin. North Am*. – 1998. – Vol. 45(2). – P. 307–317.

485. Merikangas, K. R. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication—Adolescent Supplement (NCS-A) / K. R. Merikangas, J. P. He, M. Burstein [et al.] // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 49(10). – P. 980–989.

486. Merrill, J. E. Motivational Pathways to Unique Types of Alcohol Consequences / J. E. Merrill, J. P. Read // *Psychology of Addictive Behaviors*. – 2010. – Vol. 24. – P. 705–711.

487. Metrik, J. Adolescent alcohol reduction and cessation expectancies / J. Metrik, D. M. McCarthy, K. C. Frissell [et al.] // *Journal of Studies on Alcohol*. – 2004. – Vol. 65(2). – P. 217–226.

488. Milberger, S. Associations between attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and psychoactive substance use disorders (PSUD) / S. Milberger, J. Biederman, S. V. Faraone [et al.] // *American Journal of Addictions*. – 1997. – № 6. – P. 318–329.

489. Miller, N. S. Effectiveness of coerced addiction treatment (alternative consequences): A review of the clinical research / N. S. Miller, J. A. Flaherty // *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 2000. – Vol. 18(1). – P. 9–16.

490. Miller, W. R. Motivational interviewing: research, practice, and puzzles / W. R. Miller // *Addict. Behav.* – 1996. – Vol. 21(6). – P. 835–842.

491. Modestin, J. Antecedents of opioid dependence and personality disorder: attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder / J. Modestin, B. Matutut , O. Würmle // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2001. – Vol. 251(1). – P. 42–47.

492. Moffitt, T. E. Childhood predictors differentiate life-course life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females / T. E. Moffitt, A. Caspi // *Development and Psychopathology*. – 2001. – Vol. 8. – P. 355–375.

493. Moffitt T. E. Neuropsychological tests predict persistent male delinquency / T. E. Moffitt, D. Lynam, P. A. Silva // *Criminology*. – 1994. – Vol. 32. – P. 101–124.

494. Molina, B. S. Adolescent substance use in the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) (MTA) as a function of childhood ADHD, random assignment to childhood treatments, and subsequent medication / B. S. Molina , S. P. Hinshaw, L. Eugene Arnold [et al.] // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 2013. – Vol. 52(3). – P. 250–263.

495. Molitor, F. Methamphetamine use and sexual and injection risk behaviors among out-of-treatment injections drug users / F. Molitor, J. D. Ruiz, J. N. Mikanda [et al.] // *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. – 1999. – Vol. 25(3). – P. 475–493.

496. Moneyham, L. Patterns of risk of depressive symptoms among HIV-positive women in the Southeastern United States / L. Moneyham, C. Murdaugh, K. Phillips [et al.] // *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. – 2005. – Vol. 16. – P. 25–38.
497. Monti, P. M. Coping and social skills training / P. M. Monti, D. J. Rohsenow, S. M. Colby, D. B. Abrams // *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* / ed. by W. R. Miller, R. K. Hester. – 2nd ed. – New York: Allyn and Bacon, 1995. – P. 221–241.
498. Monuteaux, M. C. Predictors, clinical characteristics, and outcome of conduct disorder in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: a longitudinal study / M. C. Monuteaux, S. V. Faraone, L. Michelle Gross, J. Biederman // *Psychol. Med.* – 2007. – Vol. 37(12). – P. 1731–1741.
499. Morenoff, J. D. Neighborhood Inequality, Collective Efficacy, and the Spatial Dynamics of Urban Violence / J. D. Morenoff, R. J. Sampson, S. W. Raudenbush // *Criminology*. – 2001. – Vol. 39(3). – P. 517–559.
500. Morgan, M. J. Ecstasy (MDMA): a review of its possible persistent psychological effects / M. J. Morgan // *Psychopharmacology*. – 2000. – Vol. 152. – P. 230–248.
501. Morgan, M. J. Ecstasy (MDMA): are the psychological problems associated with its use reversed by prolonged abstinence? / M. J. Morgan, L. McFie, L. H. Fleetwood [et al.] // *Psychopharmacology*. – 2002. – Vol. 159. – P. 294–303.
502. Morral, A. R. Effectiveness of community-based treatment for substance-abusing adolescents: 12-month outcomes of youth entering Phoenix Academy or alternative probation dispositions / A. R. Morral, D. F. McCafferey, G. Ridgeway // *Psychol. Addict. Behav.* – 2004. – Vol. 18. – P. 257–226.
503. Moser, A. E. The role of coping in relapse crisis outcome: a prospective study of treated alcoholics / A. E. Moser, H. M. Annis // *Addiction*. – 1996. – Vol. 91(8). – P. 1101–1113.
504. Moskowitz, J. T. What works in coping with HIV? A meta-analysis with implications for coping with serious illness / J. T. Moskowitz, J. R. Hult, C. Bussolari [et al.] // *Psychol. Bull.* – 2009. – Vol. 135. – P. 121–141.

505. Mueser, K. T. Conduct Disorder and Antisocial Personality Disorder in Persons With Severe Psychiatric and Substance Use Disorders / K. T. Mueser, A. G. Crocker, L. B. Frisman [et al.] // *Schizophrenia Bulletin*. – 2006. – Vol. 32(4). – P. 626–636.

506. Muris, P. Coping, defense, and fear in college students / P. Muris, H. Merckelbach, S. Bogels // *Person. individ. Diff.* – 1995. – Vol. 18, № 2. – P. 301–304.

507. Murphy, S. M. Non-medical prescription opioid use and violent behaviour among adolescents / S. M. Murphy, S. McPherson, K. Robinson // *J. Child. Adolesc. Ment. Health*. – 2014. – Vol. 26(1). P. 35–47.

508. Murray, J. Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies / J. Murray, D. P. Farrington // *Can. J. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 55(10). – P. 633–642.

509. Mushquash, Ch. J. The structure of drinking motives in first nations adolescent in Nova Scotia / Ch. J. Mushquash, Sh. H. Stewart, N. Comeau, P. McGrath // *J. American Indian and Alaska Native Mental Health Research*. – 2008. – Vol. 15(1). – P. 33–52.

510. Myers, M. G. Coping and appraisal in potential relapse situations among adolescent substance abusers following treatment / M. G. Myers, S. A. Brown // *Journal of Adolescent Chemical Dependency*. – 1990. – № 1. – P. 95–115.

511. Myers, M. G. Coping as a predictor of adolescent substance abuse treatment outcome / M. G. Myers, S. A. Brown, M. A. Mott // *Journal of Substance Abuse*. – 1993. – № 5. – P. 15–29.

512. Myers, M. G. Coping responses and relapse among adolescent substance abusers / M. G. Myers, S. A. Brown // *Journal of Substance Abuse*. – 1990. – № 2. – P. 177–189.

513. Myers, M. G. Preadolescent conduct disorder behaviors predict relapse and progression of addiction for adolescent alcohol and drug abusers / M. G. Myers, S. A. Brown, M. A. Mott // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 1995. – Vol. 19(6). – P. 1528–1536.

514. Myers, M. G. Progression From Conduct Disorder to Antisocial Personality Disorder Following Treatment for Adolescent Substance Abuse / M. G. Myers, D. G.

Stewart, S. A. Brown // American Journal of Psychiatry. – 1998. – Vol. 155. – P. 479–485.

515. Naswa, S. Adolescent HIV/AIDS: Issues and challenges / S. Naswa, Y. S. Marfatia // Indian J. Sex. Transm. Dis. – 2010. – Vol. 31. – P. 1–10.

516. Neighbors, B. Co-occurrence of substance abuse with conduct, anxiety, and depression disorders in juvenile delinquents / B. Neighbors, T. Kempton, R. Forehand // Addict. Behav. – 1992. – Vol. 17(4). – P. 379–386.

517. Nigg, J. T. Prenatal smoking exposure, low birth weight, and disruptive behavior disorders / J. T. Nigg, N. Breslau // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 2007. – Vol. 46(3). – P. 362–369.

518. Nock, M. K. Prevalence, Subtypes, and Correlates of DSM–IV Conduct Disorder in the National Comorbidity Survey Replication / M. K. Nock, A. E. Kazdin, E. Hiripi, R. C. Kessler // Psychol. Med. – 2006. – Vol. 36(5). – P. 699–710.

519. Offer, R. Defense mechanisms, negative emotions, and psychopathology in adolescent inpatients / R. Offer, R. Lavie, D. Gothelf, A. Apter // Compr. Psychiatry. – 2000. – Vol. 41(1). – P. 35–41.

520. Olds, D. L. Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials / D. L. Olds, L. Sadler, H. Kitzman // J. Child Psychol. Psychiatry. – 2007. – Vol. 48 (3–4). – P. 355–391.

521. Olweus, D. Bully/victim problems in school: Facts and intervention / D. Olweus // European Journal of Psychology of Education December. – 1997. – Vol. 12 (4). – P. 495–510.

522. Ooteman, W. Development and validation of the Amsterdam motives for drinking scale (AMDS): an attempt to distinguish relief and deward drinkers / W. Ooteman, M. Koeter, R. Verheul [et al.] // Alcohol and Alcoholism. – 2006. – Vol. 41 (3). – P. 284–292.

523. Ozechowski, T. J. Family-based therapy for adolescent drug abuse: Knowns and unknowns / T. J. Ozechowski, H. A. Liddle // Clinical Child and Family Psychology Review. – 2000. – Vol. 3(4). – P. 269–298.

524. Pajer, K. A. What Happens to «Bad» Girls? A Review of the Adult Outcomes of Antisocial Adolescent Girls / K. A. Pajer // American Journal of Psychiatry. – 1998. – Vol. 155. – P. 862–870.

525. Palepu, A. Substance abuse treatment and risk behaviors among HIV–infected persons with alcohol problems / A. Palepu, A. Raj, N. J. Horton [et al.] // J. Subst. Abuse Treat. – 2005. – Vol. 28. – P. 3–9.

526. Pardini, D. A. Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant disorder, attention–deficit/hyperactivity disorder, and callous–unemotional traits as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys: advancing an evidence base for DSM–V / D. A. Pardini, P. J. Fite // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2010. – Vol. 49. – P. 1134–1144.

527. Parrott, A. C. Cannabis and Ecstasy/MDMA (3,4–methylenedioxymethamphetamine): an analysis of their neuropsychobiological interactions in recreational users / A. C. Parrott, R. M. Milani, E. Gouzoulis–Mayfrank, J. J. Daumann // Neural. Transm. – 2007. – Vol. 114(8). – P. 959–968.

528. Parrott, A. C. Cognitive performance in recreational users of MDMA or «ecstasy»: evidence for memory deficits / A. C. Parrott., A. Lees, N. J. Gamham [et al.] // J. Psychopharmacol. – 1998. – Vol. 12. – P. 79–83.

529. Parrott, A. C. MDMA in humans: factors which affect the neuropsychobiological profiles of recreational ecstasy users, the integrative role of bioenergetic stress / A. C. Parrott // J. Psychopharmacol. – 2006. – Vol. 20(2). – P. 147–163.

530. Parsons, J. T. Patient–related factors predicting HIV medication adherence among men and women with alcohol problems / J. T. Parsons, E. Rosof, B. Mustanski // J. Health Psychol. – 2007. – Vol. 12. – P. 357–370.

531. Patel, V. Adolescents' Reported Reasons for Alcohol and Marijuana Use as Predictors of Substance Use and Problems in Adulthood / V. Patel, R. Araya, S. Chatterjee [et al.] // Journal of studies on alcohol and drugs. – 2011. – Vol. 72(1). – P. 106–116.

532. Patel, V. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries / V. Patel, R. Araya, S. Chatterjee [et al.] // *Lancet*. – 2007. – Vol. 370 (9591). – P. 991–1005.

433. Patterson, G. R. A developmental perspective on antisocial behavior / G. R. Patterson, B. D. DeBaryshe, E. Ramsey // *Am. Psychol.* – 1989. – Vol. 44. – P. 329–335.

534. Paulson, M. J. Parent Attitude Research Instrument (PARI): clinical vs. statistical inferences in understanding abusive mothers / M. J. Paulson, G. T. Schwemer, A. A. Afifi [et al.] // *J. Clin. Psychol.* – 1977. – Vol. 33(3). – P. 848–854.

535. Pennington, B. Main effects or transactions in the neuropsychology of conduct disorder? Commentary on «The neuropsychology of conduct disorder» / B. Pennington, L. Benneto // *Developmental Psychopathology*. – 1993. – Vol. 5. – P. 153–164.

536. Perron, B. E. Adolescent inhalant use, abuse and dependence / B. E. Perron, M. O. Howard // *Addiction*. – 2009. – Vol. 104(7). – P. 1185–1192.

537. Perry, J. C. Convergent and discriminant validity of overall defensive functioning / J. C. Perry, P. Hoglend // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1998. – Vol. 186(9). – P. 529–535.

538. Petty, C. R. Parsing the familiarity of oppositional defiant disorder from that of conduct disorder: a familial risk analysis / C. R. Petty, M. C. Monuteaux, E. Mick [et al.] // *J. Psychiatr. Res.* – 2009. – Vol. 43(4). – P. 345–352.

539. Phelps, L. Papa and peers: A biosocial approach to conduct disorder / L. Phelps, K. McClintock // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. – 1994. – Vol. 16(1). – P. 53–67.

540. Plutchik, R. A general psychoevolutionary theory of emotions / R. Plutchik // *Emotion: Theory, research, and experience*. Vol. 1 / ed. by R. Plutchik, H. Kellerman. – N. Y.: Academic Press, 1980. – P. 3–33.

541. Plutchik, R. A structural theory of ego defenses and emotions / R. Plutchik // *Emotions in personality and psychopathology* / ed. by C. E. Izard. – New York: Plenum Publishing Corporation, 1979. – P. 229–257.

542. Plutchik, R. Emotions: A general psychoevolutionary theory / R. Plutchik // Approaches to emotion / ed. by K. R. Scherer, P. Ekman. – Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1984. – P. 197–219.

543. Pogarsky, G. The Delinquency of Children Born to Young Mothers: Results From the Rochester Youth Development Study / G. Pogarsky, A. J. Lizotte, T. P. Thornberry // Criminology. – 2003. – Vol. 41(4). – P. 1249–1286.

544. Pollock, C. Defense styles associated with specific anxiety disorders / C. Pollock, G. Andrews // Am. J. Psychiatry. – 1989. – Vol. 146. – P. 1500–1502.

545. Pope, H. G. Neuropsychological performance in long-term cannabis users / H. G. Pope, A. J. Gruber, J. I. Hudson [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2001. – Vol. 58. – P. 909–915.

546. Pope, H. G. The residual cognitive effects of heavy marijuana use in college students / H. G. Pope, D. Yurgelun-Todd // JAMA. – 1996. – Vol. 275. – P. 521–527.

547. Prendergast, M. L. Influence of perceived coercion and motivation on treatment completion and re-arrest among substance-abusing offenders / M. L. Prendergast, L. Greenwell, D. Farabee, Y. Hser // Journal of Behavior Health Services and Research. – 2009. – Vol. 36. – P. 159–176.

548. Prevention of Mental Disorders. Effective interventions and policy options. Summary report. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. – Geneva: World Health Organization, 2004. – 66 p. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/Prevention_of_Mental_Disorders.pdf (дата обращения 19.12.2014 г.)

549. Prieto-Flores, M. E. Effects of sociodemographic factors on emotional and psychological status of HIV/AIDS patients on ART / M. E. Prieto-Flores, G. Fernández-Mayoralas, F. Rojo-Pérez [et al.] // Rev. Esp. Salud. Publica. – 2008. – Vol. 82. – P. 301–331.

550. Prochaska, J. O. In search of how people change. Applications to addictive behaviors / J. O. Prochaska, C. C. DiClemente, J. C. Norcross // *Am. Psychol.* – 1992. – Vol. 47(9). – P. 1102–1114.

551. Raine, A. Low resting heart rate at age three years predisposes to aggression at age 11 years: Evidence from the Mauritius Child Health Project / A. Raine, P. H. Venables, S. Mednick // *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* – 1997. – Vol. 36. – P. 1457–1464.

552. Raine, A. Relationships between central and autonomic measures of arousal at age 15 years and criminality at age 24 years / A. Raine, P. H. Venables, M. Williams // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1990. – Vol. 47. – P. 1003–1007.

553. Ramo, D. Reasons for relapse: Classes of substance abuse relapse situations: A comparison of adolescents and adults / D. Ramo, S. A. Brown // *Psychology of Addictive Behaviors.* – 2008. – Vol. 22(3). – P. 372–379.

554. Ranjan, R. Long-term agonist and antagonist therapy for adolescent opioid dependence: a description of two cases / R. Ranjan, R. D. Pattanayak, A. Dhawan // *Indian J. Psychol. Med.* – 2014. – Vol. 36(4). – P. 439–443.

555. Read, J. P. Examining the Role of Drinking Motives in College Student Alcohol Use and Problems / J. P. Read, M. D. Wood, Ch. W. Kahler [et al.] // *Psychology of Addictive Behaviors.* – 2003. – Vol. 17(1). – P. 13–23.

556. Roberts, R. E. Rates of DSM–IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area / R. E. Roberts, C. R. Roberts, Y. Xing // *J. Psychiatr. Res.* – 2007. – Vol. 41. – P. 959–967.

557. Robins, L. N. A 70 year history of conduct disorder: Variations in definition, prevalence, and correlates / L. N. Robins // *Historical and geographical influences on psychopathology* / ed. by P. Cohen. – Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 1999. – P. 37–58.

558. Robins, L. N. Adult disorders predicted by childhood conduct problems: results from the NIMH epidemiologic catchment area project / L. N. Robins, R. K. Price // *Psychiatry.* – 1991. – Vol. 54. – P. 116–132.

559. Robins, L. N. Risk Factors in the continuation of childhood antisocial behavior into adulthood / L. N. Robins, K. Ratcliff // *International Journal of Mental Health*. – 1979. – № 7. – P. 96–116.

560. Robins, L. N. The intimate connection between antisocial personality and substance abuse / L. N. Robins // *Social Psychiatry and Epidemiol.* – 1998. – Vol. 33(8). – P. 393–399.

561. Russo, M. F. Comorbidity of childhood anxiety and externalizing disorders: Prevalence, associated characteristics, and validation issues / M. F. Russo, D. C. Beidel // *Clinical Psychology Review*. – 1994. – Vol. 14(3). – P. 199–221.

562. Rutter, M. Attainment and adjustment in two geographical areas / M. Rutter, A. Cox, C. Tupling [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. – 1975. – Vol. 126. – P. 493–509.

563. Rutter, M. Pathways from childhood to adult life / M. Rutter // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1989. – Vol. 30. – P. 25–51.

564. Rydell, A. M. Family factors and children's disruptive behavior: an investigation of links between demographic characteristics, negative life events and symptoms of ODD and ADHD / A. M. Rydell // *Social Psychiatry and Epidemiology*. – 2010. – Vol. 45. – P. 233–224.

565. Sakai, J. T. Inhalant use, abuse, and dependence among adolescent patients: commonly comorbid problems / J. T. Sakai, S. K. Hall, S. K. Mikulich–Gilbertson, T. J. Crowley // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 2004. – 43(9). – P. 1080–1088.

566. Sameroff, A. J. Dialectical processes in developmental psychopathology / A. J. Sameroff // *Handbook of developmental psychopathology* / ed. by A. J. Sameroff, M. Lewis, S.M. Miller. – 2nd ed. – New York: Kluwer Academic/Plenum, 2000. – P. 23–40.

567. Samet, J. H. Beyond CAGE: A brief clinical approach after detection of substance abuse / J. H. Samet, S. Rollnick, H. Barnes // *Arch. Intern. Med.* – 1996. – Vol. 156(20). – P. 2287–2293.

568. Sanctis De, V. A. Childhood maltreatment and conduct disorder: independent predictors of adolescent substance use disorders in youth with attention

deficit/hyperactivity disorder / V. A. De Sanctis, J. W. Trampush, S. C. Harty [et al.] // J. Clin. Child Adolesc. Psychol. – 2008. – Vol. 37(4). – P. 785–793.

569. Saxena, Sh. Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice / Sh. Saxena, E. Jane-Llopis, C. Hosman // World Psychiatry. – 2006. – Vol. 5(1). – P. 5–14.

570. Schaeffer, C. M. Comprehensive treatment for co-occurring child maltreatment and parental substance abuse: Outcomes from a 24-month pilot study of the MST–Building Stronger Families program / C. M. Schaeffer, C. C. Swenson, E. H. Tuerk, S. W. Henggeler // Child. Abuse Negl. – 2013. – Vol. 37(8). – P. 596–607.

571. Schaeffer, C. M. Long-Term Follow-Up to a Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Serious and Violent Offenders / C. M. Schaeffer, Ch. M. Borduin // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2005. – Vol. 73(3). – P. 445–453.

572. Schaeffer, E. S. Development of a parental attitude research instrument / E. S. Schaeffer, R. Q. Bell // Child. Developm. – 1958. – Vol. 29. – P. 339–361.

573. Scheepers, F. E. Conduct Disorder and the specifier callous and unemotional traits in the DSM–5 / F. E. Scheepers, J. K. Buitelaar, W. Matthys // Eur. Child. Adolesc. Psychiatry. – 2011. – Vol. 20(2). – P. 89–93.

574. Schoenwald, S. K. The international implementation of multisystemic therapy / S. K. Schoenwald, N. Heiblum, L. Saldana [et al.] // Eval. Health. Prof. – 2008. – Vol. 31 (2). – P. 211–225.

575. Schor, E. L. Adolescent alcohol use: social determinants and the case for early family-centered prevention. Family-focused prevention of adolescent drinking / E. L. Schor // Bull. N.Y. Acad. Med. – 1996. – Vol. 73(2). – P. 335–356.

576. Schubiner, H. Substance abuse in patients with attention-deficit hyperactivity disorder: therapeutic implications / H. Schubiner // CNS Drugs. – 2005. – Vol. 19(8). – P. 643–655.

577. Scott, S. Aggressive behaviour in childhood / S. Scott // BMJ. – 1998. – Vol. 316. – P. 202–206.

578. Searight, H. R. Conduct Disorder: Diagnosis and Treatment in Primary Care / H. R. Searight, F. Rottnek, S. L. Abby // *Am. Fam. Physician.* – 2001. – Vol. 63 (8). – P. 1579–1589.

579. Sexton, T. L. The Effectiveness of Functional Family Therapy for Youth with Behavioral Problems in a Community Practice Setting / T. L. Sexton, C. T. Turner // *Journal of Family Psychology.* – 2010. – Vol. 24 (3). – P. 339–348.

580. Shen, L. Dose–response curve slope sets class–specific limits on inhibitory potential of anti–HIV drugs / L. Shen, S. Peterson, A. Sedaghat [et al.] // *Nat. Med.* – 2008. – Vol. 14. – P. 762–766.

581. Shill, M. A. Signal Anxiety, Defense, and the Pleasure Principle / M. A. Shill // *Psychoanalytic Psychology.* – 2004. – Vol. 21(1). – P. 116–133.

582. Short, R. Conduct disorders: A framework for understanding and intervention in schools and communities / R. Short, S. Shapiro // *School Psychology.* – 1993. – Vol. 22(3). – P. 362–375.

583. Shure, M. B. Interpersonal cognitive problem solving: Primary prevention of early high–risk behaviors in the preschool and primary years / M. B. Shure // *Primary prevention works. Issues in children’s and families’ lives: Vol. 6* / ed. by G. W. Albee., T. P. Gullotta. – Thousand Oaks USA, Sage Publications, 1997. – P. 239–267.

584. Simkin, D. R. Adolescent substance use disorders and comorbidity / D. R. Simkin // *Pediatr. Clin. North. Am.* – 2002. – Vol. 49(2). – P. 463–477.

585. Simoni, J. Trauma, coping, and depression among women with HIV/AIDS in New York City / J. Simoni, M. Ng // *AIDS Care.* – 2000. – Vol. 12. – P. 567–580.

586. Singh, B. K. Sexual risk behavior among injection drug–using human immunodeficiency virus positive clients / B. K. Singh, J. J. Koman, V. M. Catan [et al.] // *Int. J. of the Addictions.* – 1993. – Vol. 28. – P. 735–747.

587. Skodol, A. E. Should an axis for defense mechanisms be included in DSM–IV? / A. E. Skodol, J. C. Perry // *Compr. Psychiatry.* – 1993. – Vol. 34(2). – P. 108–119.

588. Smith, J. Mental health and sexual risk behaviours in a South African township: A community-based cross-sectional study / J. Smith, L. Myer, K. Middelkoop [et al.] // *Public Health*. – 2006. – Vol. 120 (6). – P. 534–542.

589. Snyder, R. Effects of risperidone on conduct and disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs / R. Snyder, A. Turgay, M. Aman [et al.] // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 2002. – Vol. 41. – P. 1026–1036.

590. Soderholm, C. K. ADAD och utvecklingen av ett dokumentationssystem / C. K. Soderholm, A. Hermodsson // *Nordisk Sosialt Arbeid*. – 2004. – Vol. 24(2). – P. 110–123.

591. Sola de Llopi, S. Cognitive performance in recreational ecstasy polydrug users: a two-year follow-up study / S. Sola de Llopi, M. Miguelez-Pan, J. Peña-Casanova [et al.] // *J. Psychopharmacol.* – 2008. – Vol. 22(5). – P. 498–510.

592. Solomon, S. S. High prevalence of HIV, HIV/hepatitis C virus coinfection, and risk behaviors among injection drug users in Chennai, India: a cause for concern / S. S. Solomon, D. D. Celentano, A. K. Srikrishnan [et al.] // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. – 2008. – Vol. 49(3). – P. 327–332.

593. Solowij, N. Cognitive functioning of long-term heavy cannabis users seeking treatment / N. Solowij, R. S. Stephenn, R. A. Roffman [et al.] // *JAMA*. – 2002. – Vol. 287. – P. 1123–1131.

594. Sorensen, J. L. Voucher reinforcement improves medication adherence in HIV-positive methadone patients: a randomized trial / J. L. Sorensen, N. A. Haug, K. L. Delucchi [et al.] // *Drug Alcohol Depend.* – 2007. – Vol. 88. – P. 54–63.

595. Spencer, T. J. ADHD and comorbidity in childhood / T. J. Spencer // *J. Clin. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 67(8). – P. 27–31.

596. Spender, Q. Conduct disorder / Q. Spender, S. Scott // *Curr. Opinion Psychiatry*. – 1996. – № 9. – P. 273–277.

597. Stanger, C. Contingency management approaches for adolescent substance use disorders / C. Stanger, A. J. Budney // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. – 2010. – Vol. 19(3). – P. 547–562.

598. Stein, L. B. When infants wail: frustration and gender as variables in distress disclosure / L. B. Stein, S. L. Brodsky // *Journal of General Psychology*. – 1995. – Vol. 122 (1). – P. 19–27.
599. Stevenson, J. Association between behaviour at age 3 years and adult criminality / J. Stevenson, R. Goodman // *British Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 179. – P. 197–202.
600. Stoker, A. Perceived family relationships in drug abusing adolescents / A. Stoker, H. Swadi // *Drug and Alcohol Dependence*. – 1990. – Vol. 25. – P. 293–297.
601. Straten van der A. Sexual risk behaviors among heterosexual HIV discordant couples in the era of post-exposure prevention and viral suppression therapy / A. van der Straten, C. A. Gomez, J. Saul [et al.] // *AIDS*. – 2000. – Vol. 14. – P. 47–54.
602. Stritzke, W. G. K. Motives for not drinking alcohol among Australian adolescents: Developmental and initial validation of five-factor scale / W. G. K. Stritzke, J. C. M. Butt // *Addictive Behaviors*. – 2001. – Vol. 26. – P. 633–649.
603. Sullivan, M. A. Attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. Diagnostic and therapeutic considerations / M. A. Sullivan, F. Rudnik-Levin // *Ann. N. Y. Acad. Sci.* – 2001. – Vol. 931. – P. 251–270.
604. Sumi, W. C. Assessing the Effectiveness of First Step to Success: Are Short-Term Results the First Step to Long-Term Behavioral Improvements? / W. C. Sumi, M. W. Woodbridge, H. S. Javitz [et al.] // *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* March. – 2013. – Vol. 21. – P. 66–78.
605. Susman, E. J. Child-rearing patterns in depressed, abusive, and normal mothers / E. J. Susman, P. K. Trickett, R. J. Iannotti [et al.] // *Am. J. Orthopsychiatry*. – 1985. – Vol. 55(2). – P. 237–251.
606. Sussman, S. Substance abuse among adolescents / S. Sussman, S. Skara, S. L. Ames // *Substance Use and Misuse*. – 2008. – Vol. 43(12–13). – P. 1802–1828.
607. Swadi, H. Psychiatric symptoms in drug abusing adolescents / H. Swadi // *Drug and Alcohol Dependence*. – 1992. – Vol. 31. – P. 77–83.
608. Swadi, H. Substance Misuse in Adolescents / H. Swadi // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2000. – Vol. 6. – P. 201–210.

609. Swenson, C. C. Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A randomized effectiveness trial / C. C. Swenson, C. M. Schaeffer, S. W. Henggeler [et al.] // J. Fam. Psychol. – 2010. – Vol. 24(4). – P. 497–507.

610. Swindells, S. Quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection: impact of social support, coping style and hopelessness / S. Swindells, J. Mohr, J. C. Justis [et al.] // Int. J. STD. AIDS. – 1999. – Vol. 10. – P. 383–391.

611. Tanner-Smith, E. E. The Comparative Effectiveness of Outpatient Treatment for Adolescent Substance Abuse: A Meta-Analysis / E. E. Tanner-Smith, S. J. Wilson, M. W. Lipsey // Subst. Abuse Treat. – 2013. – Vol. 44(2). – P. 145–158.

612. Tapert S. F. The role of neurocognitive abilities in coping with adolescent relapse to alcohol and drug use / S. F. Tapert, S. A. Brown, M. G. Myers, E. Granholm // J. Stud. Alcohol. – 1999. – Vol. 60(4). – P. 500–508.

613. Tasse, M. J. Comparing parent and teacher ratings of social competence and problem behaviors / M. J. Tasse, L. Lecavalier // Am. J. Ment. Retard. – 2000. – Vol. 105. – P. 252–259.

614. Tasse, M. J. The Nisonger Child Behavior Rating Form: age and gender effects and norms / M. J. Tasse, M. G. Aman, D. Hammer, J. Rojahn // Res. Dev. Disabil. – 1996. – Vol. 17. – P. 59–75.

615. Tasse, M. J. Traduction et validation canadiennefrancaise du Nisonger Child Behavior Rating Form (Translation and validation of the French-Canadian Nisonger Child Behavior Rating Form) / M. J. Tasse, I. N. Morin, N. Girouard // Can. Psychol. – 2000. – Vol. 44. – P. 116–123.

616. Taylor, E. Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development / E. Taylor, O. Chadwick, E. Heptinstall, M. Danckaerts // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1996. – Vol. 35. – P. 1213–1226.

617. Taylor, T. K. Behavioral family interventions for improving childrearing: A review of the literature for clinicians and policy makers / T. K. Taylor, A. Biglan // Clinical Child and Family Psychology Review. – 1998. – № 1. – P. 41–60.

618. Tikkanen, R. Tridimensional Personality Questionnaire data on alcoholic violent offenders: specific connections to severe impulsive cluster B personality

disorders and violent criminality / R. Tikkanen, M. Holi, N. Lindberg, M. Virkkunen // BMC Psychiatry. – 2007. – Vol. 30. – P. 7-36.

619. Tims, F. M. Characteristics and problems of 600 adolescent cannabis abusers in outpatient treatment / F. M. Tims, M. L. Dennis, N. Hamilton [et al.] // Addiction. – 2002. – Vol. 97. – P. 46–55.

620. Titus, J. C. A post-treatment examination of adolescents' reasons for starting, quitting, and continuing the use of drugs and alcohol / J. C. Titus, S. H. Godley, M. K. White // Journal of Child and Adolescent Substance Abuse. – 2007. – Vol. 16(2). – P. 31–49.

621. Tremblay, R. E. Predicting early-onset of male antisocial-behavior from preschool behavior / R. E. Tremblay, R. O. Pihl, F. Vitaro [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 1994. – Vol. 51. – P. 732–739.

622. Tuerk, E. H. Collaboration in family therapy / E. H. Tuerk, M. R. McCart, S. W. Henggeler // J. Clin. Psychol. – 2012. – Vol. 68(2). – P. 168–178.

623. Turkheimer, E. Commentary: some conceptual deficiencies in «developmental» behavior genetics / E. Turkheimer, H. H. Goldsmith, I. I. Gottesman // Hum. Dev. – 1995. – Vol. 38. – P. 142–153.

624. Vaillant G. E. A 30-Year Follow-up of 30 Men Selected for Psychological Health / G. E. Vaillant // Arch. Gen. Psychiatry. – 1971. – Vol. 24(2). – P. 107–118.

625. Vaillant G. E. Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology/ G. E. Vaillant // Am. Psychol. – 2000. – Vol. 55(1). – P. 89–98.

626. Vaillant, G. E. An Empirically Validated Hierarchy of Defense Mechanisms / G. E. Vaillant, M. Bond, C. O. Vaillant // Arch. Gen. Psychiatry. – 1986. – Vol. 43 (8). – P. 786–794.

627. Vaillant G. E. Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers / G. E. Vaillant. – Washington DC: American Psychiatric Press, 1992. – 311 p.

628. Vaillant, G. E. Maturity of ego defenses in relation to DSM-III axis II personality disorder / G. E. Vaillant, R. E. Drake // Arch. Gen. Psychiatry. – 1985. – Vol. 42(6). – P. 597–601.

629. Vaillant, G. E. The relation of Choice of Ego Mechanismus of Defense to Adult Adjustment / G. E. Vaillant // Arch. Gen. Psychiatry. – 1976. – Vol. 33(5). – P. 535–545.

630. Verduin, M. L. Assessment of Club Drug Use in a Treatment–Seeking Sample of Individuals with Marijuana Dependence / M. L. Verduin, R. A. Payne, A. L. McRae, S. E. Back // American Journal on Addictions. – 2007. – Vol. 16(6). – P. 484–487.

631. Verma, R. Inhalant Abuse: a Study from a Tertiary Care De–addiction Clinic / R. Verma, Y. P. S. Balhara, S. N. Deshpande // East Asian Arch Psychiatry. – 2011. – Vol. 21. – P. 157–163.

632. Verma, R. Inhalant abuse: An exploratory study / R. Verma, Y. P. S. Balhara, A. Dhawan // Ind. Psychiatry J. – 2011. – Vol. 20(2). – P. 103–106.

633. Volkmar, F. Considering disruptive behaviors / F. Volkmar // Am. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 159. – P. 349–350.

634. Vyavaharkar, M. Factors associated with quality of life among rural women with HIV disease / M. Vyavaharkar, L. Moneyham, C. Murdaugh [et al.] // AIDS Behav. – 2012. – Vol. 16(2). – P. 295–303.

635. Vyavaharkar, M. Relationships between stigma, social support, and depression in HIV–infected African American women living in the rural Southeastern United States / M. Vyavaharkar, L. Moneyham, S. Corwin [et al.] // J. Assoc. Nurses AIDS Care. – 2010. – Vol. 21(2). – P. 144–52.

636. Waldron, H. B. Evidence–based psychosocial treatments for adolescent substance abuse / H. B. Waldron, C. W. Turner // Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. – 2008. – Vol. 37(1). – P. 238–261.

637. Waldron, H. B. On the learning curve: The emerging evidence supporting cognitive–behavioral therapies for adolescent substance abuse / H. B. Waldron, Y. Kaminer // Addiction. – 2004. – Vol. 99. – P. 93–105.

638. Waldron, H. B. Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4– and 7–month assessments / H. B. Waldron, N. Slesnick, J. L. Brody [et al.] // J. Consult. Clin. Psychol. – 2001. – Vol. 69(5). – P. 802–813.

639. Walker, R. Characteristics of mexican and mexican american adolescents in treatment for «cheese» heroin use / R. Walker, J. C. Maxwell, B. Adinoff // J. Ethn. Subst. Abuse. – 2014. – Vol. 13(3). – P. 258–272.
640. Waller, R. Do harsh and positive parenting predict parent reports of deceitful–callous behavior in early childhood? / R. Waller, F. Gardner, L. W. Hyde [et al.] // J. Child. Psychol. Psychiatry. – 2012. – Vol. 53(9). – P. 946–953.
641. Walters, G. D. Antisocial personality disorder with and without antecedent childhood conduct disorder: Does it make a difference? / G. D. Walters, R. A. Knight // Journal of Personality Disorders. – 2010. – Vol. 24(2). – P. 258–271.
642. Waring, M. Working memory deficits in current and previous users of MDMA («ecstasy») / M. Waring, J. E. Fisk, P. N. Murphy // Br. J. Psychol. – 2000. – Vol. 91. – P. 181–188.
643. Waschbusch, D. A. A meta–analytic evaluation of comorbid hyperactive–impulsive–inattention problems and conduct problems / D. A. Waschbusch // Psychological Bulletin. – 2002. – Vol. 128. – P. 118–150.
644. Watzke, A. B. Personality disorders in a clinical sample of Cannabis dependent young adults / A. B. Watzke, C. O. Schmidt, J. Zimmermann, U. W. Preuss // Fortschr. Neurol. Psychiatr. – 2008. – Vol. 76(10). – P. 600–605.
645. Waxmonsky, J. G. Pharmacotherapy of adolescent substance use disorders: A review of the literature / J. G. Waxmonsky, T. E. Wilens // Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. – 2005. – Vol. 15(5). – P. 810–825.
646. Webster–Stratton, C. Social skills and problem solving training for children with early–onset conduct problems: who benefits? / C. Webster–Stratton, M. J. Reid, M. Hammond // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2001. – Vol. 42. – № 7. – P. 943–952.
647. Wei, C. C. Correlates of motivation to change in adolescents completing residential substance use treatment / C. C. Wei, B. D. Heckman, J. Gay, J. Weeks // J. Subst. Abuse Treat. – 2011. – Vol. 40. – P. 272–280.

648. Weinberg, N. Z. Adolescent substance abuse: A review of the past 10 years / N. Z. Weinberg, E. Rahdert, J. D. Colliver, M. D. Glantz // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 1998. – Vol. 37. – P. 252–261.

649. Weiss, M. D. Clinical correlates of oppositional defiant disorder and attention–deficit/hyperactivity disorder in adults / M. D. Weiss, M. Wasdell, K. D. Gadow [et al.] // Postgrad. Med. – 2011. – Vol. 123(2). – P. 177–184.

650. Whetten, K. Trauma, mental health, distrust, and stigma among HIV–positive persons: Implications for effective care / K. Whetten, S. Reif, R. Whetten [et al.] // Psychosomatic Medicine. – 2008. – Vol. 70(5). – P. 531–538.

651. Whiteacre, K. W. Strange Bedfellows. The Tensions of Coerced Treatment / K. W. Whiteacre // Criminal Justice Policy Review. – 2007. – Vol. 18(3). – P. 260–273.

652. Wiener, L. S. A longitudinal study of adolescents with perinatally or transfusion acquired HIV infection: Sexual knowledge, risk reduction self–efficacy and sexual behavior / L. S. Wiener, H. B. Battles, L.V. Wood // AIDS Behav. – 2007. – Vol. 11. – P. 471–478.

653. Wilens, T. E. Do executive function deficits predict later substance use disorders among adolescents and young adults? / T. E. Wilens, M. Martelon, R. Fried [et al.] // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 2011. – Vol. 50(2). – P. 141–149.

654. Williams, E. C. Do brief measures of readiness to change predict alcohol consumption and consequences in primary care patients with unhealthy alcohol use? / E. C. Williams, N. J. Horton, J. H. Samet, R. Saitz // Alcohol Clin. Exp. Res. – 2007. – Vol. 31(3). – P. 428–435.

655. Williams, R. J. A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome / R. J. Williams, S. Y. Chang // Clinical Psychology: Science and Practice. – 2000. – Vol. 7 (2). – P. 138–166.

656. Windle, M. An alcohol involvement typology for adolescents: Convergent validity and longitudinal stability / M. Windle // Journal of Studies on Alcohol. – 1996. – Vol. 57. – P. 627–637.

657. Winters, K. C. Advances in Adolescent Substance Abuse Treatment / K. C. Winters, A. M. Botzet, T. Fahnhorst // Current psychiatry reports. – 2011. – Vol. 13(5). – P. 416–421.

658. Wu, A. W. Quality of life assessment comes of age in the era of HAART / A.W. Wu // AIDS. – 2000. – Vol. 14. – P. 1449–1451.

659. Wu, L.–T. Inhalant Abuse and Dependence Among Adolescents in the United States / L.–T. Wu, D. J. Pilowsky, W. E. Schlenger // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 2004. – Vol. 43(10). – P. 1206–1214.

660. Wymbs, B. T. Callous–unemotional traits and conduct disorder symptoms as prospective risk factors for adolescent sexual activity / B. T. Wymbs, C. A. McCarty, J. S. Baer [et al.] // J. Clin. Child. Adolesc. Psychol. – 2013. – Vol. 42(5). – P. 693–699.

661. Young, S. J. Inhalant abuse and abuse of other drugs / S. J. Young, S. Longstaffe, M. Tenenbein // American Journal of Drug and Alcohol Abuse. – 1999. – Vol. 25(2). – P. 371–375.

662. Zakzanis, K. K. Memory impairment in abstinent MDMA users: a longitudinal investigation / K. K. Zakzanis, D. A. Young // Neurology. – 2001. – Vol. 56. – P. 966–969.

663. Zoccolillo, M. The outcome of conduct disorder: Implications for defining adult personality disorder and conduct disorder / M. Zoccolillo, A. Pickles, D. Quinton, M. Rutter // Psychological Medicine. – 1992. – Vol. 22. – P. 971–986.

664. Zule, W. A. An ethnographic comparison of HIV risk behaviors among heroin and methamphetamine injectors / W. A. Zule, D. P. Desmond // American Journal of Drug and Alcohol Abuse. – 1999. – Vol. 25(1). – P. 1–23.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Приложение 1.1. «Низонжеровский опросник оценки поведения детей (версия для нормального интеллектуального развития)»

Версия для родителей

Ф. И. О. ребенка _____	Дата рождения ребенка _____
Ф. И. О. оценивающего _____	Дата оценки _____
Кто оценивает ребенка: родитель _____ другой _____ (укажите кто)	

I. Сообщите, пожалуйста, об особых обстоятельствах или провоцирующих факторах, которые могли бы повлиять на поведение Вашего ребенка за последнее время (1-2 месяца) и отразиться на балльной оценке.

II. **Позитивное поведение.** Пожалуйста, оцените поведение Вашего ребенка в домашней обстановке за последний месяц:

№	За последний месяц Ваш ребенок:	Утверждение неверно (0)	Утверждение отчасти верно, указанное наблюдалось иногда (1)	Утверждение довольно верно, указанное наблюдалось часто (2)	Утверждение целиком верно, указанное наблюдалось всегда (3)
1	Соглашался с замечаниями в свой адрес				
2	Ясно излагал свои мысли				
3	Соблюдал установленные правила поведения				
4	Был инициатором позитивного взаимодействия				

Продолжение «Низонжеровского опросника оценки поведения детей (версия для нормального интеллектуального развития)»

5	Принимал участие в какой-либо совместной деятельности				
6	Не поддавался на провокацию, проявлял терпимость				
7	Участвовал в общих делах, помогал другим				
8	Был усидчив при выполнении заданий				
9	Выглядел радостным, счастливым				
10	Был терпелив, способен ждать				

III. Проблемное поведение. Оцените поведение Вашего ребенка за последний месяц по каждому пункту следующим образом:

0 если этого в поведении не отмечалось или не представляло собой проблему
 1 если это отмечалось в поведении редко или являлось незначительной проблемой
 2 если это отмечалось в поведении довольно часто или представляет собой умеренно выраженную проблему
 3 если это отмечалось в поведении многократно или представляло собой серьезную проблему

Обведите цифру, которая наиболее точно описывает поведение.

Пожалуйста, не пропускайте ни один из пунктов. Если Вы не знаете, как ответить, или описанное ниже не довелось наблюдать в течение указанного срока, то ставьте 0.

1. Был безучастным или равнодушным 0 1 2 3

2. Пререкался с родителями, учителями или другими 0 1 2 3

3. Льнул к взрослым, демонстрировал зависимость от них 0 1 2 3
4. Совершал жестокие или подлые поступки 0 1 2 3
5. Эпизодически был плаксивым, слезливым 0 1 2 3
6. Был непокорным, не подчинялся авторитету взрослых 0 1 2 3
7. Намеренно совершал разрушительные действия 0 1 2 3
8. С трудом концентрировался на чем-либо 0 1 2 3
9. Был непослушным 0 1 2 3
10. Не чувствовал вины за совершенные плохие поступки 0 1 2 3
11. Легко отвлекался 0 1 2 3
12. Легко расстраивался 0 1 2 3
13. Был излишне чувствительным, легко ранимым 0 1 2 3
14. Преувеличивал собственные способности или достижения 0 1 2 3
15. Был вспыльчивым, легко злился 0 1 2 3
16. Начав что-либо делать, не мог довести это до конца 0 1 2 3
17. Чувствовал себя нездоровым 0 1 2 3
18. Чувствовал, что другие настроены против него/нее 0 1 2 3
19. Чувствовал свою бесполезность или недооценивал себя 0 1 2 3
20. Был суетливым, крутился на месте или извивался 0 1 2 3
21. Держался среди других робко, застенчиво 0 1 2 3
22. Участвовал в драках 0 1 2 3
23. Был раздражительным 0 1 2 3
24. Обособлялся от других 0 1 2 3
25. Лгал или мошенничал 0 1 2 3
26. Был нервным или напряженным 0 1 2 3
27. Был чрезмерно активным, неусидчивым 0 1 2 3
28. Всеми силами пытался угодить другим 0 1 2 3
29. Был сильно возбужденным, буйным 0 1 2 3
30. Проявлял физическую агрессию 0 1 2 3
31. Отказывался разговаривать 0 1 2 3
32. Был беспокойным, слишком энергичным 0 1 2 3

33. Избегал взрослых, учителей или других авторитетных лиц 0 1 2 3
34. Говорил, что его/её никто не любит 0 1 2 3
35. Был скрытным, скрывал свои мысли в себе 0 1 2 3
36. Чувствовал неловкость или легко смущался 0 1 2 3
37. При разговоре быстро переходил с одной темы на другую 0 1 2 3
38. Сохранял внимание лишь на короткий срок 0 1 2 3
39. Был застенчив или стеснителен 0 1 2 3
40. Воровал 0 1 2 3
41. Был упрям, настаивал на своем 0 1 2 3
42. У него внезапно менялось настроение 0 1 2 3
43. Был в дурном настроении, угрюмым, отказывался от общения .. 0 1 2 3
44. Сознательно причинял себе физический вред или боль 0 1 2 3
45. Дерзил учителям, родителям или другим взрослым 0 1 2 3
46. Говорил слишком много и громко 0 1 2 3
47. Отмечались истерики 0 1 2 3
48. Угрожал людям 0 1 2 3
49. Угрожал причинить себе физический вред 0 1 2 3
50. Выглядел слишком испуганным или тревожным 0 1 2 3
51. Был заторможен, медлителен 0 1 2 3
52. Выглядел несчастным или грустным 0 1 2 3
53. Нарушал общественный порядок 0 1 2 3
54. Был замкнут, отстранен от других 0 1 2 3
55. Был беспокойным 0 1 2 3
56. Спорил с другими детьми или сверстниками 0 1 2 3

Приложение 1.2. Опросник «Диагностика употребления психоактивных веществ подростками (европейская версия)»

1. С) Шкала физического здоровья / болезни (шкала медицинских проблем)

С 1) Сколько времени за последний месяц у Вас были проблемы со здоровьем из-за которых Вы обращались за врачебной помощью в поликлинику или больницу ? (укажите количество дней)

С 2) Сколько раз в течение жизни Вы лечились в больнице в связи с заболеванием ? (укажите количество раз)

С 3) Как давно Вы в последний раз лечились в больнице по поводу проблем со здоровьем? (укажите год, месяц, либо «нет» в случае, если никогда не находились)

С 4) Вас беспокоит Ваше здоровье ? (0 — нет 1 — да)

С 5) Болели ли вы когда-нибудь серьезно? (0 — нет 1 — да)

С 6)

а) Имеете ли Вы какие-либо хронические заболевания, которое длится годами и оказывают серьезное влияние на Вашу жизнь? (0 — нет 1 — да)

в) Если по пункту «а» ответ «да», то уточните какие это заболевания.

С 7) Рекомендовано ли Вам принимать Вам в настоящее время какие-либо лекарства? (0 — нет 1 — да)

С 8) Как в целом Вы оцениваете Ваше здоровье?

(1 — слабое 2 — удовлетворительное 3 — хорошее 4 — отличное)

С 9) Болели ли Вы чем-либо из перечисленных заболеваний (или болеете в настоящее время) ? (0 — нет 1 — да):

а) проблемы с питанием

б) туберкулез

в) гепатит В

г) гепатит С

д) Болезни/ передающиеся половым путем

е) ВИЧ/СПИД

ж) аборт или выкидыш

С 10) Есть ли у Вас, на Ваш взгляд, какие-либо еще проблемы со здоровьем? (**укажите какие**)

С 11) Сколько дней за последний месяц у Вас были проблемы со здоровьем? (**укажите количество дней**)

С 12) Насколько важна для Вас сейчас медицинская помощь (психологическое консультирование) по поводу настоящих проблем со здоровьем ? (**0 — нет 1 — немного 2 — умеренно 3 — значительно**)

2. D) Шкала школьного обучения

D 1a) Что из перечисленного лучше всего отражает Ваш статус на настоящий момент?

1. Вы продолжаете учиться в школе
2. Вы работаете
3. Получаете какое-либо другое образование
4. Находитесь на лечении
5. Занимаетесь какой-либо другой организованной деятельностью
6. Вас исключили из школы
7. Сами временно не ходите в школу
8. Ничего из вышеназванного

b) Находитесь в какой-либо особой ситуации ? (**укажите какой**)

D 2) Сколько полных лет Вы отучились в школе ? (**укажите количество лет**)

D 3) Оставались ли Вы когда-нибудь на второй год? (**0-нет 1-да**)

D 4) Выгонялись ли Вы с уроков (или временное отстранялись от обучения в школе) за нарушение дисциплины (**0-нет 1-да**)

D 5) Исключались из школы за нарушение дисциплины ? (**0-нет 1-да**)

D 6) Каков, на Ваш взгляд, уровень Ваших достижений в обучении за последний год ? (**1 — ниже среднего 2 — средний 3 — выше среднего**)

D 7) Какие из следующих школьных проблем применимы к Вам ? (0-нет 1-да):

- a)** неуспеваемость в школе
- b) частая смена программы обучения
- c) скучаете в школе
- d) материал обучения кажется Вам слишком трудным
- e)** отсутствие заинтересованности в обучении, мотивации к достижению результата
- f) обучение в школе не доставляет Вам удовольствия
- g) у Вас проблемы во взаимоотношении с учителем (учителями)
- h) вызовы к директору или дисциплинарные замечания от него
- i) трудности чтения
- j) Вы часто заболели в школе
- k) чувствовал себя стесненно или неуверенно в школе
- l) у Вас были перерывы в школьном обучении
- m)** невыполнение домашнего задания
- n) Вы учились по коррекционной программе

D 8) Насколько переживали Вы по поводу Ваших школьных проблем в течение последнего года ? (0 — нет 1 — немного 2 — умеренно 3 — значительно)

D 9) Если Вы работаете, то сколько часов в неделю ? (укажите количество часов)

Вопросы D10) и D 11) для пациентов, заинтересованных в школьном обучении:

D10) Как часто за последний месяц Вы прогуливали школу (укажите количество дней пропусков школы)

D 11) Нужна ли Вам сейчас помощь в школьном обучении ? (0-нет 1-да)

Вопросы D 12) и D 13) для пациентов, которые не посещают школьные занятия

D 12) Как давно Вы по собственному желанию в школу ? (**укажите сколько лет и месяцев назад это было**)

D 13) С того времени, как Вы в последний раз по собственному желанию ходили в школу, сколько времени Вы потратили на (**укажите количество месяцев**):

- a) получали какое-либо другое образование
- b) работали на постоянном месте
- c) лечились
- d) занимаетесь какой-либо другой организованной деятельностью

Вопрос D 14) для пациентов, не занятых какой-либо организованной деятельностью:

D 14) Насколько тяготит Вас проблема отсутствия работы, непосещения школы или любой другой организованной деятельности ? (**0 — нет 1 — немного 2 — умеренно 3 — значительно**):

- a) Для вас
- b) Для ваших родителей/семьи

D 15) Если еще какие-либо проблемы по части школьного обучения, которые для Вас являются важными с Вашей точки зрения ? (**укажите проблему**)

D 16) Сколько дней за последний месяц у Вас были проблемы со школьным или каким еще либо образованием ? (**укажите количество дней**)

D 17) Насколько важна для Вас сейчас помощь или консультирование по проблемам Вашего школьного образования ? (**0 — нет 1 — немного 2 — умеренно 3 — значительно**)

3. Е) Шкала общественных поступков

E1) Сколько у Вас близких друзей? (**указать количество**)

E2) Есть ли у Вас друзья, с которыми Вы могли бы поговорить о возникших у Вас проблемах ? (**0-нет 1-да**)

E3) Сколько из пяти Ваших лучших друзей (**указать количество**):

а) находятся на учете в детской комнате милиции в связи с употреблением наркотиков

б) находятся на учете в детской комнате милиции в связи с криминальным поведением

с) бросали или хотели бросить учебу в школе

д) думают, что им не хватит сил решить школьные проблемы

е) Вы знакомы с их родителями

(Примечание: если пациент имеет менее 5 друзей, то следует выбирать из того количества, которое реально есть)

Е4а) Принадлежите ли вы к группе молодых людей (компании), которая вовлечена в криминальную деятельность или какую-либо другую социально неприемлемую деятельность

(если «да», то ответьте на пункт «б») **(0-нет 1-да)**

Е4б) Сколько дней за последний месяц Вы активно участвовали в деятельности этой группы (компании) ? **(укажите количество дней)**

Е5) Сколько дней за последний месяц с Вами происходило следующее **(укажите количество дней):**

а) Собирались вместе в баре и др. местах

б) Сколько дней за последний месяц Вы участвовали в совместных «гулянках» в домашней обстановке или на улице

с) Участвовали в спортивных состязаниях

д) Выглядели удрученным, поникшим (на улице, на аллее, в торговом центре, на школьном дворе)

е) Понесли какие-либо другие имущественные убытки

ф) Угрожали другим или пугали их

g) Ввязывались в драку

Е 6) Насколько устраивает Вас Ваше положение в обществе ? **(0-нет 1-немного 2-умеренно 3-вполне)**

Е 7) Считаете ли Вы себя лицом другой сексуальной ориентации (**0-нет 1-да 2-не уверен (а)**)

Е 8) Встречались ли Вы в последние 3 мес с девушкой (парнем)? (**укажите количество, если их было несколько**)

Ответьте на вопросы Е 9), Е 10), Е 11) в случае, если был дан положительный ответ на вопрос Е 8)

Е 9) Устраивали ли Вас отношения с девушкой (парнем)? (**0-нет 1-да**)

Е 10) Знали ли Ваши родители или беспокоились ли относительно Ваших проблемах с девушкой (парнем)? (**0-нет 1-да**)

Е 11) Ваш(а) теперешняя девушка (парень) (**0-нет 1-да**):

а) употребляет ли алкоголь?

б) употребляет ли наркотики?

с) имеет ли правонарушения?

Е 12) Ведете ли Вы половую жизнь? (**0-нет 1-да, с постоянным партнером 2-да, с другими партнерами 3-да, и с постоянным, и с другими партнерами**)

Ответьте на вопросы Е 13), Е 14), Е 15), если на вопрос Е 12) вы ответили «да»:

Е13) Как часто Вы (**0-никогда 1-иногда 2-постоянно, когда имели половую связь**):

а) предохранялись

б) пользовались средствами индивидуальной защиты

Е14) Как часто Вы занимались сексом ради алкоголя, наркотиков, за деньги или для решения других важных для вас проблем (например, ради достижения положения в обществе) (**0-никогда, 1-иногда (1-10 раз), 2-часто (более 10 раз)**)

Е 15) Вы беременны ? (**0-нет 1-да 2-не уверен (а)**)

Е 16) Как часто за последний месяц у Вас были проблемы:

а) с Вашей девушкой (юношей) ? (**укажите количество дней**)

в) с близкими друзьями (**укажите количество дней**)

с) с другими людьми (исключая членов семьи) (**указать количество дней**)

Е 19) Насколько важна для Вас сейчас помощь или консультирование по проблемам Вашего общественного поведения (**0 — нет 1 — немного 2 — умеренно 3 — значительно**)

4. F) Шкала семейных взаимоотношений

F 1) Встречались ли у ваших близких родственников (**0-нет 1-да**):

№	характеристики	Родная мать	Приемная мать	Родной отец	Приемный отец	Сестры/братья
a)	Употребление наркотиков					
b)	Употребление алкоголя					
c)	Психические заболевания					
d)	Инвалидность по заболеванию или травматизму					
e)	Нарушение закона					

F 2) Как часто происходят конфликты в Вашей семье (**0-никогда 1-редко 2-умеренно 3-часто**)

F 3) Как часто Вы спорите и ссоритесь со своими родителями (**0-никогда 1-редко 2-умеренно 3-часто**)

F 4) Как часто Вы совместно проводили свободное время, веселились вместе с родителями или другими членами Вашей семьи ? (**0-никогда 1-редко 2-умеренно 3-часто**)

F 5) Насколько дружно Вы живете с членами Вашей семьи (**0-нет 1-незначительно 2-достаточно выражено 3-выражено в значительной степени**):

- a) матерью
- b) отцом
- c) сестрой (сестрами)
- d) братом (братьями)

F 6) Хорошо ли Вам находится вместе с Вашей семьей ? (**0-никогда 1-редко 2-умеренно 3-часто**)

F 7) Насколько сложно поговорить с Вашей мамой о том, что Вас беспокоит ? **(0-нет 1-незначительно 2- достаточно выражено 3- выражено в значительной степени)**

F 8) Насколько закрыты Вы перед Вашей мамой? **(0-нет 1-незначительно 2- достаточно выражено 3- выражено в значительной степени)**

F 9) Как часто Вы были уверены в том, что мать откликнется на Ваше обращение к ней **(0-никогда 1-редко 2-умеренно 3-часто)**

F 10) Как часто Ваша мать упрекала Вас в чем-либо, критиковала Вас, высказывала Вам что-либо ? **(0-никогда 1-редко 2-умеренно 3-часто)**

F 11) Насколько сложно поговорить с Вашим отцом о том, что Вас беспокоит ? **(0-нет 1-незначительно 2- достаточно выражено 3- выражено в значительной степени)**

F 12) Насколько закрыты Вы перед Вашим отцом ? **(0-нет 1-незначительно 2- достаточно выражено 3- выражено в значительной степени)**

F 14) Как часто Ваш отец упрекал Вас в чем-либо, критиковал Вас, высказывал Вам что-либо ? **(0-никогда 1-редко 2-умеренно 3-часто)**

F 13) Как часто Вы были уверены в том, что отец откликнется на Ваше обращение к нему **(0-никогда 1-редко 2-умеренно 3-часто)**

F 15) Как часто за последний месяц отмечались следующие Ваши поступки **(0-никогда 1-редко 2-умеренно 3-часто):**

- a) Занимались работой по дому
- b) Спорили или пререкались с другими членами семьи
- с)** Вы обманывали или вводили в заблуждение членов Вашей семьи
- d) Устраивали беспорядок в доме или портили вещи
- е)** Вы воровали (или намеревались украсть что-либо) у других членов семьи

F 16) Были ли вы когда -либо **(0-нет 1-да):**

- a) озабочены своим физическим здоровьем ?
- b) сексуально озабочены ?
- c) отягощены эмоционально ?

F 17) Помогает ли ваша семья в решении Ваших проблем в социуме ? (**0-нет 1-да**)

F 18) Если ли у Вас еще какие-либо семейные проблемы , которые для Вас являются важными с Вашей точки зрения (**указать проблему**)

F 19) Сколько дней за последний месяц у Вас отмечались семейные проблемы ? (**укажите количество дней**)

F 20) Насколько важно для Вас сейчас получить помощь или проконсультироваться по проблемам взаимоотношения в семье ? (**0 — нет 1 — немного 2 — умеренно 3 — значительно**)

5. G Шкала психической дезадаптации

G 1) Сколько всего раз Вы лечились или проходили психологическое консультирование по поводу эмоциональных или психологических проблем (**укажите количество эпизодов лечения или консультирования, а не количество обращений к специалистам**)

а) амбулаторно или частным образом

б) стационарно

G 2) Какие из перечисленных чувств, мыслей, поступков подходят Вам ? (**0-нет 1 -да**)

а) Вы чувствуете себя несколько незаинтересованным в происходящем

б) Вы чувствуете печаль или подавленность, заторможенность

с) Вы переживаете тревогу и беспокойство

д) Чувствуете себя виновным

е) У вас возникали гнев, ярость, которые Вы не могли контролировать

f) Чувствовали, что можете нанести себе ранения или какие-либо еще физические повреждения ?

g) Опасались того, что могли бы ударить, ранить кого-то

h) У Вас возникала какая-нибудь безумная мысль

i) Чувствовали, что окружающие настроены против Вас

j) Чувство, что иногда у Вас не в порядке с головой ? (сходите с ума, «едет крыша»)

k) Боялись, что потеряете контроль за своими поступками

l) Чувствовали путаницу в мыслях

m) У Вас были мысли о том, что Ваша жизнь подходит к концу

n) Чувствовали безнадежность относительно Вашего будущего

o) Переживали свою никчемность

p) Переживали чувство неловкости при нахождении вместе с другими

q) Чувствовали угрозы или унижения со стороны других

r) Легко выбрасывали из головы пустяки

G 3 1.

2. Случалось ли с Вами что-либо из перечисленного за последний месяц? (**0-нет 1-да**)

a) Переживали ли Вы серьезную депрессию

b) Переживали серьезную тревогу или внутренне напряжение

c) Испытывали трудности понимания, концентрации или запоминания

d) Испытывали на себе жестокость и подавление себя другими

e) Переживания серьезные суицидные мысли

f) Были суицидные попытки

g) Число суицидных попыток (**укажите число суицидных попыток**)

h) Испытывали галлюцинации

i) Часто вспоминали неприятные бывшие в прошлом события

j) Причиняли себе боль, т. е. резали, кололи или каким-либо другим способом сознательно ранили себя

k) Принимали прописанные Вами лекарства в связи с эмоциональными расстройствами

G 4) Если ли у Вас еще какие-либо психологические проблемы, которые являются для Вас важными с Вашей точки зрения (**укажите проблему**)

G 5) Сколько дней за последний месяц у Вас были психологические или эмоциональные расстройства? (**укажите количество дней**)

Г 6) Насколько важно для Вас сейчас получить помощь или проконсультироваться по поводу психологических или эмоциональных проблем? (0 — нет 1 — немного 2 — умеренно 3 — значительно)

Н 6. Шкала противоправных действий (нарушение закона, криминальные проблемы)

Н 1) Сколько всего времени в своей жизни Вы находились под полицейским задержанием (указать дни, месяцы)

Н 2а) Имеете ли вы в настоящее время судимость (в т. ч. условную) или условно-досрочное освобождение ? (0-нет 1-да)

б) если да, то по какому поводу (укажите тип правонарушения согласно таблице пункта 7)

Н 3) Сколько времени Вы находились (находитесь) под судебным надзором (наблюдением)? (укажите дни, месяцы)

Н 4) Сколько дней за последние 3 месяца Вы находились в заключении или под задержанием ? (укажите количество дней)

Н 5а) Какой был у Вас самый длинный срок нахождения в тюрьме (или в заключении под следствием) ? (0-такого никогда не было 1-менее одних суток 2-от 2 до 14 дней 3-от 15 до 30 дней 4-более 30 дней)

б) За что Вы находились в тюрьме (или в заключении под следствием) (укажите тип правонарушения согласно таблице пункта 7)

Н 6а) Ожидаете ли Вы в настоящий момент решения суда, находитесь ли под следствием? (0-нет 1-да)

б) Если да, то впишите по какому поводу (укажите тип правонарушения согласно таблице пункта 7)

Н 7а) Были ли у Вас когда-либо следующие правонарушения ? (см. таблицу)

б) В каком возрасте Вы впервые сделали это? (см. таблицу)

с) Сколько дней за последние 3 мес. Вы делали это ? (см. таблицу)

Вид правонарушения	0-нет 1-да)	Укажит е возраст	Укажите количество дней за последние 3 мес.
a) кража из магазина			
b) воровство			
c) продажа или перевоз (транспортировка) наркотиков			
d) вождение автомобиля в состоянии алкогольного/наркотического опьянения			
e) серьезные нарушения ПДД, приведшие к последствиям			
f) угон автомобилей			
g) вандализм			
h) кража со взломом			
i) скупка или сбыт краденного			
j) ограбление			
k) нападение (в составе группы)			
l) незаконное хранение оружия			
m) сексуальные правонарушения			
n) поджог			
o) покушение на убийство			
p) убийство (в том числе по неосторожности)			
q) другое			

Н 8) Сколько дней за последний месяц Вы были вовлечены в
противозаконную деятельность ? (укажите количество дней)

Н 9) Если ли у Вас еще какие-либо проблемы с законом (выше не
перечисленные), которые являются для Вас важными с Вашей точки зрения
(укажите проблему)

Н 10) Сколько дней за последний месяц у Вас были проблемы, связанные с
противозаконной деятельностью ? (укажите количество дней)

Н 11b) Насколько серьезными представляются для Вас сейчас Ваши проблемы с законом ? (0 — нет 1 — немного 2 — умеренно 3 — значительно)

I 7. Шкала употребления алкоголя и/или наркотиков

I 1) Вопросы относительно алкоголя и наркотиков:

1) Употребляли ли вы когда-либо психоактивные вещества, перечисленные в таблице (0-никогда 1-пробовал не более 3 раз 2-употреблял более 3 раз)

2) В каком возрасте Вы впервые попробовали эти психоактивное вещество ? (укажите возраст для каждого из употребляемых веществ)

3) Сколько дней за последний месяц Вы употребляли эти психоактивные вещества? (укажите количество дней для каждого из употребляемых веществ)

4) Сколько дней Вы употребляли психоактивные вещества в тот месяц, в период которого Вы употребляли их в наибольшем количестве ? (укажите количество дней для каждого из употребляемых веществ)

5) Сколько месяцев за свою жизнь Вы употребляли психоактивные вещества ? (укажите количество месяцев для каждого из употребляемых веществ)

№	Психоактивные вещества:	1	2	3	4	5
1	алкоголь					
2	марихуана/гашиш					
3	амфетамины					
4	транквилизаторы/седативные вещества					
5	кокаин/крэк					
6	галлюциногены					
7	клубные наркотики (экстази)					
8	ингаляты					
9	героин/опиаты					
10	допинги/стероиды					
11	другие психоактивные вещества					
12	табак					

I 2a) Вводили ли Вы внутривенно какие-либо наркотики? (**0-нет 1-да**)

b) Если вводили, то укажите возраст первой инъекции (**указать возраст**)

c) Сколько за последний месяц Вы сделали инъекций этого наркотика ? (**укажите количество инъекций**)

I 3) Сколько дней за последний месяц Вы употребляли больше одного наркотика (включая его комбинацию с алкоголем) ? (**укажите количество дней**)

I 4) Сколько в среднем в день доз алкоголя Вы употребляли за последний месяц ? (**укажите сколько доз**) (1 доза=350 гр пива, 150 гр сухого вина, 100 гр крепкого вина, 45 гр водки)

I 5) Сколько раз за последний месяц Вы сильно напивались? (**укажите количество раз**)

Вопрос для опрашивающего:

I 6) С каким психоактивным веществом связано наибольшее количество проблем у Вашего пациента (**укажите вещество из перечня таблицы пункта I 1**)?

I 7) Скалкивались Вы когда-нибудь с тем, что стали нуждаться во все большем и большем количестве психоактивного вещества ? (**0-нет 1-в алкоголе 2-в наркотиках 3-и в алкоголе, и в наркотиках**)

I 8) Пытались ли Вы когда-либо уменьшить потребление психоактивных веществ, но обнаруживали, что не можете это сделать ? (**0-нет 1-алкоголя 2-наркотика 3-и алкоголя, и наркотика**)

I 9) Сколько раз Вы получали лечение или психологическое консультирование:

1) как амбулаторный больной (**укажите количество дней**);

2) как стационарный больной (**укажите количество дней**)

	как амбулаторный больной (указать количество дней)	как стационарный больной (указать количество дней)
а) по поводу употребления алкоголя		
б) по поводу употребления наркотиков		

I 10) Если ли у Вас еще какие-либо проблемы с употреблением алкоголя и/или наркотиков (не перечисленные выше), которые являются для Вас важными с Вашей точки зрения (**укажите проблему**)

I 11) Сколько дней за последний месяц у Вас были проблемы, связанные с (**укажите количество дней**):

a) алкоголем

b) наркотиками

I 12) Насколько важно для Вас сейчас получить помощь или проконсультироваться по поводу: (**0 — нет 1 — немного 2 — умеренно 3 — значительно**)

a) употребления алкоголя

b) употребления наркотиков

Приложение 1.3. Клинико-анамнестическая анкета расстройств поведения

Текст анкеты

Ответьте на вопрос «да», если указанное ниже было характерно для Вашего ребенка в большинстве случаев, как правило, встречалось в его поведении, в дошкольном и младшем школьном возрастах (начиная с 2-3 лет):

1. Не слышал обращений к нему, требовалось несколько раз повторять одну и ту же просьбу.
2. Назло бросал вещи или разбивал бьющиеся предметы
3. Сознательно портил вещи, имущество
4. Вас раздражал слишком «медлительный» темперамент ребенка
5. Ваш ребенок в детстве был слишком прилипчив, назойлив в общении с взрослыми
6. Отмечались периоды возбуждения, во время которых был слишком подвижен, неусидчив и его трудно было успокоить.
7. Бурно реагировал на замечание или запрет (крик, слезы, падение на пол и др.)
8. Проявлял физическую агрессию к детям и взрослым (или «замахивался» на родителей, родственников, воспитателей)
9. Вел себя плохо, суетился, бегал, шумел в ситуации, когда этого нельзя было делать.
10. Делал противоположное тому, о чем его попросят
11. Многократно оскорблял и/или обзывался на детей и взрослых
12. Вам приходилось насильно кормить ребенка, а он не ел Вам «назло»
13. Легко «отрывался» от матери и вступал в общение с незнакомыми детьми и взрослыми
14. Совершал ненужные движения: вставал, садился на пол, двигал руками и ногами тогда, когда требовалось сидеть на одном месте (в кино, театре, на концерте, на занятии).

15. Провоцировал взрослого (ых), сознательно нарушая правила поведения, и ожидая ответной реакции
16. Провоцировал столкновения, драки с детьми
17. Брал вещи без спроса у посторонних людей, в гостях, у воспитателей
18. Был без повода упрям, отказывался от предложенного
19. Обвинял других в своих неудачах
20. Длительно адаптировался к детсаду (например, долго плакал при расставании с мамой, не подпускал воспитателей, отворачивался от них, настаивал на попытке утешить)
21. Вас раздражал слишком «нетерпеливый» темперамент Вашего ребенка
22. Без объяснений плакал, кричал, капризничал
23. Проявлял злость в отношении сверстников и/или взрослых
24. Его поведение становилось невыносимым в незнакомом месте, когда особенно требовалось соблюдать тишину и дисциплину
25. Долго не общался со сверстниками в детсаду
26. Когда Ваш ребенок был маленьким, Вам было тяжело «справляться» с ним
27. Был нетерпелив, не мог дождаться очереди.
28. Молчал, отворачивался, когда к нему обращались
29. Мстил сверстникам и/или взрослым
30. Мешал родителям/взрослым разговаривать, перебивал их, встревал в разговоры
31. Отказывался усваивать правила поведения в детсаду, на занятиях после соответствующего объяснения взрослых
32. Грубил сверстникам и/или взрослым
33. Отказывался класть вещи на место, терял, разбрасывал их
34. Не понимал интонации «запрета» или игнорировал ее
35. Угрожал сверстника и/или взрослым
36. Был напряжен и недоверчив при общении с незнакомыми людьми
37. Ребенок пытался «манипулировать» Вами (например, настойчиво добивался своего, «выводя Вас из себя»)

- 38. Был импульсивен, неосторожен в поведении, двигаясь, натыкался на предметы
- 39. Часто совершал нехорошие поступки, заранее зная, что так нельзя делать
- 40. Лгал, обманывал
- 41. Возбуждался, находясь в большой компании сверстников, долго не мог «отойти» от общения (например, был «заведенным» после дня рождения)
- 42. У Вашего ребенка усиливалось возбуждение в ответ на запреты и многократные замечания
- 43. Был вспыльчив в ответ на замечание

Приложение 1.4. «Опросник мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ»

Опросник рассматривает 20 причин употребления алкоголя. Каждый пункт оценивается по 5-балльной шкале (лайкертовского типа): 1 – почти никогда (или никогда); 2 – иногда; 3 – в половине случаев; 4 – в большинстве случаев; 5 – почти всегда (или всегда).

Результаты оцениваются по 4 шкалам: 1) социальные мотивы (пункты 3, 5, 11, 14, 16); 2) мотивы преодоления (устранения) негативного состояния (копинг-мотивы) (пункты 1, 4, 6, 15, 17); 3) мотивы улучшения (стимуляции) позитивного состояния (получение позитивных ощущений) (пункты 7, 9, 10, 13, 18); 4) конформные мотивы (пункты 2, 8, 12, 19, 20).

Текст опросника

У людей могут быть разные причины употребления алкоголя (наркотических веществ). Как часто вы употребляете алкогольные напитки (наркотические вещества) по тем или иным причинам, в тех или иных ситуациях, приведенных ниже? Используя предлагаемые варианты ответа, выберите тот, который наиболее точно совпадает с Вашим мнением, и обведите его кружком». Варианты ответа: 1 – почти никогда (или никогда); 2 – иногда; 3 – в половине случаев; 4 – в большинстве случаев; 5 – почти всегда (или всегда).

№	вопрос	почти никогда (или никогда)	иногда	в поло- вине случаев	в боль- шинстве случаев	почти всегда (или всегда)
1	Для того, чтобы забыть неприятности?	1	2	3	4	5
2	Потому что Ваши друзья оказывают на Вас давление?	1	2	3	4	5
3	Потому что это помогает Вам наслаждаться вечеринкой?	1	2	3	4	5

Продолжение «Опросника мотивов употребления алкоголя/психоактивных
веществ»

4	Потому что это помогает Вам, когда Вы подавлены или взволнованы?	1	2	3	4	5
5	Чтобы быть общительным?	1	2	3	4	5
6	Для того, чтобы не падать духом, когда Вы находитесь в плохом настроении?	1	2	3	4	5
7	Потому что Вам нравится чувство опьянения?	1	2	3	4	5
8	Чтобы другие не шутили надо мной из-за того, что я не употребляю алкоголь (наркотики)?	1	2	3	4	5
9	Потому что это стимулирует?	1	2	3	4	5
10	Для улучшения самочувствия?	1	2	3	4	5
11	Так как это делает встречи веселее?	1	2	3	4	5
12	Вы употребляете алкоголь (наркотики) для того, чтобы вписаться в компанию, которая тебе нравится?	1	2	3	4	5
13	Потому что это вызывает приятное ощущение?	1	2	3	4	5
14	Поскольку при этом лучше проводятся вечеринки и праздники?	1	2	3	4	5
15	Потому что Вы чувствуете более уверенным в себе?	1	2	3	4	5

Продолжение «Опросника мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ»

16	Для того, чтобы отметить какое-то событие с друзьями?	1	2	3	4	5
17	Для того, чтобы забыть о своих проблемах?	1	2	3	4	5
18	Потому что при этом весело?	1	2	3	4	5
19	Для того, чтобы тебя нравиться другим?	1	2	3	4	5
20	Чтобы не отличаться от других?	1	2	3	4	5

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Различия в количественных показателях наследственности между подгруппами и группой сравнения

Таблица 231 – Различия неотягощенной наследственности между подгруппами и группой сравнения

	2 подгруппа	3 подгруппа	4 подгруппа	группа сравнения
1 под-группа	$\chi^2=0,190$ $p=0,891$	$\chi^2=3,824$ $p=0,051$	$\chi^2=0,071$ $p=0,790$	$\chi^2=18,517$ $p=0,000$ **
2 под-группа		$\chi^2=3,519$ $p=0,061$	$\chi^2=0,024$ $p=0,877$	$\chi^2=20,321$ $p=0,000$ **
3 под-группа			$\chi^2=2,636$ $p=0,104$	$\chi^2=26,698$ $p=0,000$ **
4 под-группа				$\chi^2=13,987$ $p=0,000$ **

Примечание: * - $0,05 < p < 0,01$ ** - $p < 0,01$

Таблица 232 – Различия отягощенной наследственности по одной линии в основных подгруппах и группе сравнения

	2 подгруппа	3 подгруппа	4 подгруппа	группа сравнения
1 под-группа	$\chi^2=5,528$ $p=0,019$ *	$\chi^2=3,084$ $p=0,079$	$\chi^2=1,205$ $p=0,272$	$\chi^2=0,090$ $p=0,764$
2 под-группа		$\chi^2=0,007$ $p=0,932$	$\chi^2=10,347$ $p=0,001$ **	$\chi^2=2,047$ $p=0,152$
3 под-группа			$\chi^2=7,027$ $p=0,008$ **	$\chi^2=1,075$ $p=0,300$
4 под-группа				$\chi^2=1,807$ $p=0,179$

Примечание: * - $0,05 < p < 0,01$ ** - $p < 0,01$

Таблица 233 – Различия отягощенной наследственности по двум линиям в
основных подгруппах и группе сравнения

	2 подгруппа	3 подгруппа	4 подгруппа	группа сравнения
1 под- группа	$\chi^2=6,033$ $p=0,014$ *	$\chi^2=8,104$ $p=0,004$ **	$\chi^2=1,015$ $p=0,314$	$\chi^2=12,806$ $p=0,000$ **
2 под- группа		$\chi^2=0,346$ $p=0,556$	$\chi^2=10,102$ $p=0,001$ **	$\chi^2=29,209$ $p=0,000$ **
3 под- группа			$\chi^2=12,201$ $p=0,000$ **	$\chi^2=31,474$ $p=0,000$ **
4 под- группа				$\chi^2=5,926$ $p=0,015$ **

Примечание: * - $0,05 < p < 0,01$ ** - $p < 0,01$

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Приложение 3.1. Перекодировка категориальных предикторов в серию бинарных переменных

Таблица 234 – Перекодировка категориальных предикторов в серию бинарных переменных для использования логистической регрессии

Показатели	Категории	Перекодированные категории по бинарному принципу
Клиническая под-группа	1 – употребление опиоидов	1 – употребление опиоидов
	2 – употребление летучих растворителей	2 – употребление летучих растворителей, употребление алкоголя, сочетанное употребление стимуляторов и каннабиноидов
	3 – употребление алкоголя	1 – употребление летучих растворителей
	4 – сочетанное употребление стимуляторов и каннабиноидов	2 – употребление опиоидов, употребление алкоголя, сочетанное употребление стимуляторов и каннабиноидов
	5 – группа сравнения	1 – употребление алкоголя
		2 – употребление опиоидов, употребление летучих растворителей, сочетанное употребление стимуляторов и каннабиноидов
		1 – сочетанное употребление стимуляторов и каннабиноидов
		2 – употребление опиоидов, употребление летучих растворителей, употребление алкоголя
		1 – группа сравнения
		2 – употребление опиоидов, употребление летучих растворителей, употребление алкоголя, сочетанное употребление стимуляторов и каннабиноидов

Продолжение таблицы 234

Наслед- ствен- ность	1 – наследствен- ность наркологи- ческими заболеваниями не отягощена	1 – наследственность наркологическими заболеваниями не отягощена
	2 – отягощенная наследственность наркологиче- скими заболеваниями по одному родителю	2 – отягощенная наследственность наркологическими заболеваниями по одному родителю или двум родителям
	3 – отягощенная наследственность наркологическим и заболеваниями по обоим родителям	3 – отягощенная наследственность наркологическими заболеваниями по обоим родителям
	4 – отягощенная наследственность наркологическими заболеваниями по обоим родителям	4 – отягощенная наследственность наркологическими заболеваниями по обоим родителям или неотягощенная наследственность наркологическими заболеваниями
Тип семьи	1 – полная семья	1 – полная семья
	2 – неполная семья	2 – неполная, сирота или родитель(и) лишены прав
	3 – сирота или родитель(и) лишены прав	3 – сирота или родитель(и) лишены прав
	4 – сирота или родитель(и) лишены прав	4 – сирота или родитель(и) лишены прав
Образо- вание	1 – массовая школа	1 – массовая школа
	2 – дублирование классов	2 – дублирование классов, коррекционная школьная программа, вспомогательная школьная программа, вуз, среднее профессиональное
	3 – коррек- ционная школьная программа	3 – коррекционная школьная программа, вуз, среднее профессиональное
	4 – вспомога- тельная школьная программа	4 – дублирование классов
	5 – вуз	5 – массовая школа, коррекционная школьная программа, вспомогательная школьная программа, вуз, среднее профессиональное
	6 – среднее профессио- нальное	6 – коррекционная школьная программа
		7 – массовая школа, дубл. классов, вспом. школьная программа, вуз, ср. проф.
		8 – вспомогательная школьная программа
		9 – массовая школа, дубл. классов, коррекц. школьная программа, вуз, ср. проф.

Продолжение таблицы 234

		1 – коррекционная или вспомогательная школьная программа 2 – массовая школа, дублирование классов, вуз, среднее профессиональное
		1 – вуз, среднее профессиональное 2 – массовая школа, дублирование классов, коррекционная школьная программа, вспомогательная школьная программа
		1 – вуз 2 – массовая школа, дублирование классов, коррекционная школьная программа, вспомогательная школьная программа, среднее профессиональное
		1 – среднее профессиональное 2 – массовая школа, дублирование классов, коррекционная школьная программа, вспомогательная школьная программа, вуз
Соци- альный статус	1 – школьник 2 – учащийся среднего профессионального училища 3 – работа 4 – не работает и не учится 5 – студент вуза	1 – школьник 2 – учащийся среднего профессионального училища, работа, не работает и не учится, студент вуза
		1 – учащийся среднего профессионального училища 2 – школьник, работа, не работает и не учится, студент вуза
		1 – работа 2 – школьник, учащийся среднего профессионального училища, не работает и не учится, студент вуза
		1 – не работает и не учится 2 – школьник, учащийся среднего профессионального училища, работа, 5 – студент вуза
		1 – студент вуза 2 – школьник, учащийся среднего профессионального училища, работа, не работает и не учится
		1 – школьник, учащийся среднего профессионального училища, студент вуза 2 – работа, не работает и не учится

Продолжение таблицы 234

Место прожи- вания	1 – семья	1 – семья
	2 – интернат	2 – интернат, побег из дома (или интерната)/
	3 – побег из дома	временное проживание в приюте, совместное
	(или	проживание с партнером
	интерната)/време	1 – интернат
	нное проживание	2 – семья, побег из дома (или интерната)/
	в приюте	временное проживание в приюте, совместное
	4 – совместное	проживание с партнером
	проживание с	1 – побег из дома (или интерната)/временное
	партнером	проживание в приюте
		2 – семья, интернат, совместное проживание с
		партнером
		1 – совместное проживание с партнером
		2 – семья, интернат, побег из дома (или
		интерната)/проживание в приюте
		1 – семья, интернат
		2 – побег из дома (или интерната)/проживание в
		приюте, совместное проживание с партнером

Приложение 3.2. Результаты логистической регрессии пациентов подгруппы употребления опиоидов с вредными последствиями

Таблица 235 – Универсальные критерии коэффициентов модели
(подгруппа употребления опиоидов с ВП)

шаги		χ^2	ст.св.	Знач.
Шаг 1	Шаг	13,613	1	0,000
	Блок	13,613	1	0,000
	Модель	13,613	1	0,000
Шаг 2	Шаг	23,003	1	0,000
	Блок	36,617	2	0,000
	Модель	36,617	2	0,000
Шаг 3	Шаг	11,812	1	0,001
	Блок	48,429	3	0,000
	Модель	48,429	3	0,000
Шаг 4	Шаг	9,070	1	0,003
	Блок	57,499	4	0,000
	Модель	57,499	4	0,000
Шаг 5	Шаг	9,962	1	0,002
	Блок	67,461	5	0,000
	Модель	67,461	5	0,000
Шаг 6	Шаг	7,784	1	0,005
	Блок	75,245	6	0,000
	Модель	75,245	6	0,000
Шаг 7	Шаг	5,975	1	0,015
	Блок	81,220	7	0,000
	Модель	81,220	7	0,000

Таблица 236 – Сводка для модели (подгруппа употребления опиоидов с ВП)

Шаг	-2 Log- правдоподобие	R-квадрат Кокса и Снелла	R-квадрат Нэйджелкерка
1	121,347 ^a	0,107	0,159
2	98,344 ^b	0,263	0,389
3	86,532 ^b	0,332	0,492
4	77,461 ^b	0,381	0,564
5	67,500 ^c	0,430	0,637
6	59,715 ^c	0,466	0,690
7	53,740 ^c	0,492	0,728

Примечание к таблице 236:

- а. Оценка прекращена на итерации номер 4, так как оценки параметров изменились менее, чем на 0,001.
- б. Оценка прекращена на итерации номер 6, так как оценки параметров изменились менее, чем на 0,001.
- с. Оценка прекращена на итерации номер 20, так как достигнуто максимальное число итераций. Невозможно найти окончательное решение.

Таблица 237 – Таблица классификации (подгруппа употребления опиоидов с ВП)

шаги	Наблюдаемые		Предсказанные		
			Употребление опиоидов с ВП		Процент правильных
			1,00	2,00	
Шаг 1		1,00	29	60	32,6
		2,00	5	199	97,5
	Общая процентная доля				77,8
Шаг 2		1,00	29	60	32,6
		2,00	5	199	97,5
	Общая процентная доля				77,8
Шаг 3		1,00	59	30	66,3
		2,00	13	191	93,6
	Общая процентная доля				85,3
Шаг 4		1,00	83	6	93,3
		2,00	19	185	90,7
	Общая процентная доля				91,5
Шаг 5		1,00	83	6	93,3
		2,00	19	185	90,7
	Общая процентная доля				91,5
Шаг 6		1,00	83	6	93,3
		2,00	18	186	91,2
	Общая процентная доля				91,8
Шаг 7		1,00	83	6	93,3
		2,00	17	187	91,7
	Общая процентная доля				92,2

Таблица 238 – Переменные, включенные в уравнение
(подгруппа употребления опиоидов с ВП)

шаги		В	Средне- квадр. ош.	Вальд	ст. св.	Знач.	Exp (В)
Шаг 1	a	2,140	0,601	12,660	1	0,000	8,500
	Константа	-2,833	1,123	6,362	1	0,012	0,059
Шаг 2	b	2,619	0,662	15,670	1	0,000	13,717
	a	3,415	0,807	17,920	1	0,000	30,417
	Константа	-9,038	2,143	17,786	1	0,000	0,000
Шаг 3	b	3,194	0,765	17,418	1	0,000	24,380
	c	2,144	0,679	9,963	1	0,002	8,530
	a	4,662	0,980	22,618	1	0,000	105,809
	Константа	-15,701	3,365	21,776	1	0,000	0,000
Шаг 4	b	3,269	0,753	18,839	1	0,000	26,283
	c	3,226	0,872	13,693	1	0,000	25,176
	d	2,057	0,755	7,420	1	0,006	7,822
	a	4,935	1,042	22,452	1	0,000	139,084
	Константа	-21,453	4,254	25,435	1	0,000	0,000
Шаг 5	b	3,495	0,750	21,736	1	0,000	32,956
	c	21,519	6397,037	0,000	1	0,997	2216687744,482
	d	20,776	6397,037	0,000	1	0,997	1054358556,708
	e	21,414	6397,037	0,000	1	0,997	1994261488,351
	a	3,240	1,073	9,115	1	0,003	25,528
	Константа	-116,928	31985,187	0,000	1	0,997	0,000
Шаг 6	насл1	2,534	0,862	8,645	1	0,003	12,606
	c	21,066	6389,248	0,000	1	0,997	1408957949,228
	f	19,753	6163,113	0,000	1	0,997	379070939,631
	d	21,448	6389,248	0,000	1	0,997	2064796254,964
	e	22,465	6389,248	0,000	1	0,997	5708315278,955
	a	20,983	6163,113	0,000	1	0,997	1296390507,568
	Константа	-173,745	36910,907	0,000	1	0,996	0,000
Шаг 7	b	3,332	1,003	11,038	1	0,001	28,000
	g	20,909	5354,917	0,000	1	0,997	1204339298,578
	c	36,826	7570,156	0,000	1	0,996	9852113623086458,0
	f	39,357	8239,449	0,000	1	0,996	123687305924092000
	d	36,826	7570,156	0,000	1	0,996	9852113623085478,0
	e	37,114	7570,156	0,000	1	0,996	13136151497446910
	a	21,204	6262,050	0,000	1	0,997	1617546708,477
	Константа	-312,604	53888,204	0,000	1	0,995	0,000

Примечание: Переменные, введенные на 1-7 шаге:

а. Совместное проживание с партнером

- b. Отягощенная наследственность наркологическими заболеваниями по одному родителю
- c. Обучение в массовой школе
- d. Социальный статус «не работает и не учится»
- e. Социальный статус «студент вуза»
- f. Образование «массовая школа»
- g. Отягощенная наследственность наркологическими заболеваниями по обоим родителям

Приложение 3.3. Результаты логистической регрессии пациентов подгруппы употребления летучих растворителей с вредными последствиями

Таблица 239 – Универсальные критерии коэффициентов модели (подгруппа употребления летучих растворителей с ВП)

шаги		χ^2	ст.св.	Знач.
Шаг 1	Шаг	25,581	1	0,000
	Блок	25,581	1	0,000
	Модель	25,581	1	0,000
Шаг 2	Шаг	12,010	1	0,001
	Блок	37,591	2	0,000
	Модель	37,591	2	0,000
Шаг 3	Шаг	8,786	1	0,003
	Блок	46,377	3	0,000
	Модель	46,377	3	0,000
Шаг 4	Шаг	7,153	1	0,007
	Блок	53,530	4	0,000
	Модель	53,530	4	0,000
Шаг 5	Шаг	9,606	1	0,002
	Блок	63,136	5	0,000
	Модель	63,136	5	0,000

Таблица 240 – Сводка для модели
(подгруппа употребления летучих растворителей с ВП)

Шаг	-2 Log-правдоподобие	R-квадрат Кокса и Снелла	R-квадрат Нэйджелкерка
1	109,379 ^a	0,192	0,284
2	97,369 ^b	0,269	0,398
3	88,583 ^b	0,321	0,475
4	81,430 ^c	0,360	0,533
5	71,825 ^c	0,409	0,606

Примечание:

а. Оценка прекращена на итерации номер 5, так как оценки параметров изменились менее, чем на 0,001. б. Оценка прекращена на итерации номер 6, так как оценки параметров изменились менее, чем на 0,001. с. Оценка прекращена на итерации номер 20, так как достигнуто максимальное число итераций. Невозможно найти окончательное решение.

Таблица 241 – Таблица классификации
(подгруппа употребления летучих растворителей с ВП)

шаги	Наблюдаемые		Предсказанные		
			Употребление летучих растворителей с ВП		Процент правильных
			1,00	2,00	
Шаг 1		1,00	65	30	68,4
		2,00	27	171	86,4
	Общая процентная доля				80,5
Шаг 2		1,00	65	30	68,4
		2,00	27	171	86,4
	Общая процентная доля				80,5
Шаг 3		1,00	71	24	74,7
		2,00	22	176	88,9
	Общая процентная доля				84,3
Шаг 4		1,00	71	24	74,7
		2,00	22	176	88,9
	Общая процентная доля				84,3
Шаг 5		1,00	77	18	81,1
		2,00	25	173	87,4
	Общая процентная доля				85,3

Таблица 242 – Переменные, включенные в уравнение
(подгруппа употребления летучих растворителей с ВП)

шаги		В	Средне- квадр. ош.	Вальд	ст. св.	Знач.	Exp (В)
Шаг 1	a	2,303	0,480	23,052	1	0,000	10,000
	Константа	-2,590	0,762	11,568	1	0,001	0,075
Шаг 2	b	2,539	0,836	9,234	1	0,002	12,667
	a	3,638	0,796	20,864	1	0,000	38,000
	Константа	-9,003	2,418	13,864	1	0,000	0,000
Шаг 3	c	2,094	0,767	7,453	1	0,006	8,119
	b	2,994	0,930	10,358	1	0,001	19,967
	a	2,737	0,833	10,794	1	0,001	15,445
	Константа	-11,266	2,805	16,136	1	0,000	0,000
Шаг 4	d	19,857	7090,694	0,000	1	0,998	420464186,806
	c	2,386	0,874	7,447	1	0,006	10,873
	b	21,324	7090,694	0,000	1	0,998	1822821969,316
	a	21,027	7090,694	0,000	1	0,998	1355326698,196
	Константа	-106,235	35453,468	0,000	1	0,998	0,000
Шаг 5	d	21,541	6708,584	0,000	1	0,997	2265778155,525
	c	1,338	0,837	2,554	1	0,110	3,811
	e	-20,594	5583,896	0,000	1	0,997	0,000
	b	20,656	6708,584	0,000	1	0,998	935379142,570
	a	20,745	6708,584	0,000	1	0,998	1022308234,089
	Константа	-65,691	35353,261	0,000	1	0,999	0,000

Примечание:

Переменные, введенные на 1-5 шаге:

- a. Побег из дома (или интерната)/временное проживание в приюте
- b. Проживание в интернате
- c. Социальный статус «не работает и не учится»
- d. Полная семья
- e. Социальный статус «учащийся»

Приложение 3.4. Результаты логистической регрессии пациентов подгруппы употребления алкоголя с вредными последствиями

Таблица 243 – Универсальные критерии коэффициентов модели (подгруппа
употребления алкоголя с ВП)

шаги		χ^2	ст.св.	Знач.
Шаг 1	Шаг	28,796	1	0,000
	Блок	28,796	1	0,000
	Модель	28,796	1	0,000
Шаг 2	Шаг	5,630	1	0,018
	Блок	34,426	2	0,000
	Модель	34,426	2	0,000
Шаг 3	Шаг	15,549	1	0,000
	Блок	49,975	3	0,000
	Модель	49,975	3	0,000
Шаг 4	Шаг	3,882	1	0,049
	Блок	53,857	4	0,000
	Модель	53,857	4	0,000
Шаг 5	Шаг	8,013	1	0,005
	Блок	61,870	5	0,000
	Модель	61,870	5	0,000
Шаг 6	Шаг	6,133	1	0,013
	Блок	68,003	6	0,000
	Модель	68,003	6	0,000
Шаг 7	Шаг	4,583	1	0,032
	Блок	72,586	7	0,000
	Модель	72,586	7	0,000

Таблица 244 – Сводка для модели (подгруппа употребления алкоголя с ВП)

Шаг	-2 Log-правдоподобие	R-квадрат Кокса и Снелла	R-квадрат Нэйджелкерка
1	106,165 ^a	0,213	0,316
2	100,534 ^b	0,249	0,369
3	84,985 ^c	0,341	0,504
4	81,103 ^c	0,362	0,536
5	73,090 ^d	0,403	0,597
6	66,957 ^d	0,433	0,641
7	62,374 ^e	0,454	0,672

Примечание:

- а. Оценка прекращена на итерации номер 4, так как оценки параметров изменились менее, чем на 0,001.
- б. Оценка прекращена на итерации номер 5, так как оценки параметров изменились менее, чем на ,001.
- с. Оценка прекращена на итерации номер 6, так как оценки параметров изменились менее, чем на ,001.
- д. Оценка прекращена на итерации номер 8, так как оценки параметров изменились менее, чем на ,001.
- е. Оценка прекращена на итерации номер 20, так как достигнуто максимальное число итераций. Невозможно найти окончательное решение.

Таблица 245 – Таблица классификации (подгруппа употребления алкоголя с ВП)

шаги	Наблюдаемые		Предсказанные		
			Употребление алкоголя с ВП		Процент правильных
			1,00	2,00	
Шаг 1		1,00	32	25	56,1
		2,00	18	218	92,4
	Общая процентная доля				85,3
Шаг 2		1,00	30	27	52,6
		2,00	3	233	98,7
	Общая процентная доля				89,8
Шаг 3		1,00	30	27	52,6
		2,00	3	233	98,7
	Общая процентная доля				89,8
Шаг 4		1,00	30	27	52,6
		2,00	3	233	98,7
	Общая процентная доля				89,8
Шаг 5	алк	1,00	40	17	70,2
		2,00	3	233	98,7
	Общая процентная доля				93,2
Шаг 6		1,00	42	15	73,7
		2,00	3	233	98,7
	Общая процентная доля				93,9
Шаг 7		1,00	42	15	73,7
		2,00	3	233	98,7
	Общая процентная доля				93,9

Таблица 246 – Переменные, включенные в уравнение
(подгруппа употребления алкоголя с ВП)

шаги		В	Средне- квадр. ош.	Вальд	Ст. св.	Знач.	Exp (В)
Шаг 1	a	2,773	0,559	24,599	1	0,000	16,000
	Константа	-3,753	1,000	14,088	1	0,000	0,023
Шаг 2	b	1,664	0,670	6,159	1	0,013	5,278
	a	3,114	0,595	27,442	1	0,000	22,519
	Константа	-7,422	1,826	16,518	1	0,000	0,001
Шаг 3	b	4,191	1,180	12,604	1	0,000	66,069
	c	-3,099	1,011	9,402	1	0,002	0,045
	a	3,710	0,818	20,567	1	0,000	40,839
	Константа	-8,041	2,139	14,134	1	0,000	0,000
Шаг 4	d	1,235	0,631	3,824	1	0,051	3,438
	b	4,866	1,287	14,299	1	0,000	129,752
	c	-3,719	1,096	11,509	1	0,001	0,024
	a	3,792	0,837	20,542	1	0,000	44,336
	Константа	-10,427	2,605	16,026	1	0,000	0,000
Шаг 5	d	2,249	0,873	6,640	1	0,010	9,479
	b	7,440	2,054	13,123	1	0,000	1703,078
	e	2,984	1,297	5,293	1	0,021	19,774
	c	-4,058	1,355	8,961	1	0,003	0,017
	a	5,992	1,439	17,349	1	0,000	400,110
	Константа	-24,824	7,321	11,497	1	0,001	0,000
Шаг 6	d	3,182	1,137	7,830	1	0,005	24,089
	f	3,776	1,759	4,609	1	0,032	43,659
	b	10,907	3,036	12,910	1	0,000	54556,052
	e	4,617	1,673	7,615	1	0,006	101,240
	c	-5,966	1,843	10,475	1	0,001	0,003
	a	7,300	1,790	16,642	1	0,000	1480,762
	Константа	-41,516	12,453	11,114	1	0,001	0,000
Шаг 7	d	3,113	1,135	7,520	1	0,006	22,491
	f	20,852	4747,234	0,000	1	0,996	1137309773,710
	b	25,806	4747,234	0,000	1	0,996	161265374594,973
	e	38,501	7541,572	0,000	1	0,996	52560281381030240
	c	-22,437	4747,234	0,000	1	0,996	0,000
	a	41,268	7541,572	0,000	1	0,996	836454764781742460
	g	35,460	7541,572	0,000	1	0,996	2511690888644516
	Константа	-245,130	44302,951	0,000	1	0,996	0,000

Примечание:

Переменные, введенные на 1-7 шаге:

а. Проживание в интернате

- b. Вспомогательная школьная программа
- c. Социальный статус «не работает и не учится»
- d. Неполная семья
- e. Социальный статус «школьник»
- f. Коррекционная школьная программа
- g. Побег из дома (или интерната)/временное проживание в приюте

Приложение 3.5. Результаты логистической регрессии пациентов подгруппы употребления стимуляторов с вредными последствиями

Таблица 247 – Универсальные критерии коэффициентов модели
(подгруппа употребления стимуляторов с ВП)

шаги		χ^2	ст.св.	Знач.
Шаг 1	Шаг	40,573	1	0,000
	Блок	40,573	1	0,000
	Модель	40,573	1	0,000
Шаг 2	Шаг	7,244	1	0,007
	Блок	47,817	2	0,000
	Модель	47,817	2	0,000
Шаг 3	Шаг	4,640	1	0,031
	Блок	52,456	3	0,000
	Модель	52,456	3	0,000
Шаг 4	Шаг	5,233	1	0,022
	Блок	57,689	4	0,000
	Модель	57,689	4	0,000
Шаг 5	Шаг	7,961	1	0,005
	Блок	65,650	5	0,000
	Модель	65,650	5	0,000

Таблица 248 – Сводка для модели (подгруппа употребления стимуляторов с ВП)

Шаг	-2 Log-правдоподобие	R-квадрат Кокса и Снелла	R-квадрат Нэйджелкерка
1	94,387 ^a	0,287	0,425
2	87,144 ^b	0,329	0,487
3	82,504 ^b	0,354	0,524
4	77,271 ^c	0,382	0,565
5	69,310 ^c	0,421	0,624

Примечание:

а. Оценка прекращена на итерации номер 5, так как оценки параметров изменились менее, чем на 0,001.

б. Оценка прекращена на итерации номер 6, так как оценки параметров изменились менее, чем на 0,001.

с. Оценка прекращена на итерации номер 7, так как оценки параметров изменились менее, чем на 0,001.

Таблица 249 – Таблица классификации
(подгруппа употребления стимуляторов с ВП)

шаги	Наблюдаемые		Предсказанные		
			Употребление стимуляторов с ВП		Процент правильных
			1,00	2,00	
Шаг 1		1,00	40	12	76,9
		2,00	18	223	92,5
	Общая процентная доля				89,8
Шаг 2		1,00	40	12	76,9
		2,00	15	226	93,8
	Общая процентная доля				90,8
Шаг 3		1,00	40	12	76,9
		2,00	15	226	93,8
	Общая процентная доля				90,8
Шаг 4		1,00	40	12	76,9
		2,00	15	226	93,8
	Общая процентная доля				90,8
Шаг 5		1,00	44	8	84,6
		2,00	18	223	92,5
	Общая процентная доля				91,1

Таблица 250 – Переменные, включенные в уравнение
(подгруппа употребления стимуляторов с ВП)

шаги		В	Средне- квадр. ош.	Вальд	ст. св.	Знач.	Exp (В)
Шаг 1	a	3,166	0,552	32,876	1	0,000	23,714
	Константа	-4,216	0,940	20,118	1	0,000	0,015
Шаг 2	a	3,731	0,638	34,237	1	0,000	41,714
	b	1,988	0,717	7,693	1	0,006	7,300
	Константа	-8,756	1,974	19,687	1	0,000	0,000
Шаг 3	a	3,314	0,654	25,675	1	0,000	27,482
	c	-1,635	0,844	3,755	1	0,053	0,195
	b	2,031	0,749	7,351	1	0,007	7,619
	Константа	-5,229	2,590	4,076	1	0,043	0,005
Шаг 4	a	4,500	1,100	16,737	1	0,000	90,052
	c	-1,900	0,844	5,071	1	0,024	0,150
	d	2,217	1,143	3,763	1	0,052	9,180
	b	3,355	1,180	8,081	1	0,004	28,637
	Константа	-12,892	5,466	5,563	1	0,018	0,000
Шаг 5	a	4,163	1,113	13,987	1	0,000	64,293
	c	-3,174	1,365	5,407	1	0,020	0,042
	e	-2,809	1,218	5,317	1	0,021	0,060
	d	4,093	1,504	7,404	1	0,007	59,948
	b	5,303	1,618	10,746	1	0,001	200,963
	Константа	-12,107	5,532	4,791	1	0,029	0,000

Примечание:

Переменные, введенные на 1-5 шаге:

- a. Наследственность наркологическими заболеваниями не отягощена
- b. Совместное проживание с партнером
- c. Сирота или родитель(и) лишены прав
- d. Побег из дома (или интерната)/временное проживание в приюте
- e. Не работает и не учится

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Приложение 4.1. Результаты «Клинико-anamнестической анкеты расстройств поведения»

Таблица 251 – Количество пациентов с положительными ответами «Клинико-анамнестическая анкета расстройств поведения»
(гиперкинетическое расстройство поведения, n=25)

№	вопрос	Кол-во пациентов	
		Абс.	В %
«Гиперкинетический» блок			
1	Не слышал обращений к нему, требовалось несколько раз повторять одну и ту же просьбу	21	84,0%
2	Отмечались периоды возбуждения, во время которых был слишком подвижен, неусидчив и его трудно было успокоить	19	76,0%
3	Вел себя плохо, суетился, бегал, шумел в ситуации, когда этого нельзя было делать	17	68,0%
4	Совершал ненужные движения: вставал, садился на пол, двигал руками и ногами тогда, когда требовалось сидеть на одном месте (в кино, театре, на концерте, на занятии)	9	36,0%
5	Брал вещи без спроса у посторонних людей, в гостях, у воспитателей	6	24,0%
6	Его поведение становилось невыносимым в незнакомом месте, когда особенно требовалось соблюдать тишину и дисциплину	14	56,0%
7	Был нетерпелив, не мог дожидаться очереди	5	2,0%
8	Мешал родителям/взрослым разговаривать, перебивал их, встревал в разговоры	4	16,0%
9	Отказывался класть вещи на место, терял, разбрасывал их	12	48,0%
10	Был импульсивен, неосторожен в поведении, двигаясь, натыкался на предметы	4	16,0%
11	Возбуждался, находясь в большой компании сверстников, долго не мог «отойти» от общения (например, был «заведенным» после дня рождения)	3	12,0%

Продолжение таблицы 251

«Оппозиционно-протестный» блок			
1	Назло бросал вещи или разбивал бьющиеся предметы	2	8,0%
2	Бурно реагировал на замечание или запрет (крик, слезы, падение на пол и др.)	6	24,0%
3	Делал противоположное тому, о чем его попросят	3	12,0%
4	Провоцировал взрослого (ых), сознательно нарушая правила поведения, и ожидая ответной реакции	7	28,0%
5	Был без повода упрям, отказывался от предложенного	2	8,0%
6	Без объяснений плакал, кричал, капризничал	5	20,0%
7	Молчал, отворачивался, когда к нему обращались	6	24,0%
8	Отказывался усваивать правила поведения в детсаду, на занятиях после соответствующего объяснения взрослых	-	-
9	Не понимал интонации «запрета» или игнорировал ее	5	20,0%
10	Часто совершал нехорошие поступки, заранее зная, что так нельзя делать	4	16,0%
11	У Вашего ребенка усиливалось возбуждение в ответ на запреты и многократные замечания	-	-
Блок «Агрессивность»			
1	Сознательно портил вещи, имущество	2	8,0%
2	Проявлял физическую агрессию к детям и взрослым (или «замахивался» на родителей, родственников, воспитателей)	9	36,0%
3	Многократно оскорблял и/или обзывался на детей и взрослых	5	20,0%
4	Провоцировал столкновения, драки с детьми	3	12,0%
5	Обвинял других в своих неудачах	2	8,0%
6	Проявлял злость в отношении сверстников и/или взрослых	7	28,0%
7	Мстил сверстникам и/или взрослым	6	24,0%
8	Грубил сверстникам и/или взрослым	4	16,0%
9	Угрожал сверстника и/или взрослым	6	24,0%
10	Лгал, обманывал	9	36,0%
11	Был вспыльчив в ответ на замечание	3	12,0%
Блок «реактивное расстройство привязанности»			
1	Вас раздражал слишком «медлительный» темперамент ребенка	7	28,0%
2	Вам приходилось насильно кормить ребенка, а он не ел Вам «назло»	3	12,0%

Продолжение таблицы 251

3	Длительно адаптировался к детсаду (например, долго плакал при расставании с мамой, не подпускал воспитателей, отворачивался от них, настораживался при попытке утешить)	6	24,0%
4	Долго не общался со сверстниками в детсаду	-	-
5	Был напряжен и недоверчив при общении с незнакомыми людьми	-	-
Блок «расторможенное расстройство привязанности»			
1	Ваш ребенок в детстве был слишком прилипчив, назойлив в общении с взрослыми	-	-
2	Легко «отрывался» от матери и вступал в общение с незнакомыми детьми и взрослыми	-	-
3	Вас раздражал слишком «нетерпеливый» темперамент Вашего ребенка	-	-
4	Когда Ваш ребенок был маленьким, Вам было тяжело «справляться» с ним	3	12,%
5	Ребенок пытался «манипулировать» Вами (например, настойчиво добивался своего, «выводя Вас из себя»)	2	8,0%

Таблица 252 – Количество пациентов с положительными ответами «Клинико-анамнестическая анкета расстройств поведения»
(несоциализированное расстройство поведения, n=9)

№	вопрос	Кол-во пациентов	
		Абс.	В %
«Гиперкинетический» блок			
1	Не слышал обращений к нему, требовалось несколько раз повторять одну и ту же просьбу	2	22,2%
2	Отмечались периоды возбуждения, во время которых был слишком подвижен, неусидчив и его трудно было успокоить	4	44,4%
3	Вел себя плохо, суетился, бегал, шумел в ситуации, когда этого нельзя было делать	3	33,3%
4	Совершал ненужные движения: вставал, садился на пол, двигал руками и ногами тогда, когда требовалось сидеть на одном месте (в кино, театре, на концерте, на занятии)	-	-
5	Брал вещи без спроса у посторонних людей, в гостях, у воспитателей	-	-

Продолжение таблицы 252

6	Его поведение становилось невыносимым в незнакомом месте, когда особенно требовалось соблюдать тишину и дисциплину	2	22,2%
7	Был нетерпелив, не мог дожидаться очереди	-	-
8	Мешал родителям/взрослым разговаривать, перебивал их, встревал в разговоры	-	-
9	Отказывался класть вещи на место, терял, разбрасывал их	1	11,1%
10	Был импульсивен, неосторожен в поведении, двигаясь, натыкался на предметы	2	22,2%
11	Возбуждался, находясь в большой компании сверстников, долго не мог «отойти» от общения (например, был «заведенным» после дня рождения)	-	-
«Оппозиционно-протестный» блок			
1	Назло бросал вещи или разбивал бьющиеся предметы	-	-
2	Бурно реагировал на замечание или запрет (крик, слезы, падение на пол и др.)	5	55,5%
3	Делал противоположное тому, о чем его попросят	3	33,3%
4	Провоцировал взрослого (ых), сознательно нарушая правила поведения, и ожидая ответной реакции	3	33,3%
5	Был без повода упрям, отказывался от предложенного	-	-
6	Без объяснений плакал, кричал, капризничал	3	33,3%
7	Молчал, отворачивался, когда к нему обращались	-	-
8	Отказывался усваивать правила поведения в детсаду, на занятиях после соответствующего объяснения взрослых	-	-
9	Не понимал интонации «запрета» или игнорировал ее	5	55,5%
10	Часто совершал нехорошие поступки, заранее зная, что так нельзя делать	2	22,2%
11	У Вашего ребенка усиливалось возбуждение в ответ на запреты и многократные замечания	1	11,1%
Блок «Агрессивность»			
1	Сознательно портил вещи, имущество	-	-
2	Проявлял физическую агрессию к детям и взрослым (или «замахивался» на родителей, родственников, воспитателей)	-	-
3	Многократно оскорблял и/или обзывался на детей и взрослых	3	33,3%

Продолжение таблицы 252

4	Провоцировал столкновения, драки с детьми	-	-
5	Обвинял других в своих неудачах	-	-
6	Проявлял злость в отношении сверстников и/или взрослых	4	44,4%
7	Мстил сверстникам и/или взрослым	-	-
8	Грубил сверстникам и/или взрослым	3	33,3%
9	Угрожал сверстника и/или взрослым	-	-
10	Лгал, обманывал	4	44,4%
11	Был вспыльчив в ответ на замечание	-	-
Блок «реактивное расстройство привязанности»			
1	Вас раздражал слишком «медлительный» темперамент ребенка	3	33,3%
2	Вам приходилось насильно кормить ребенка, а он не ел Вам «назло»	2	22,2%
3	Длительно адаптировался к детсаду (например, долго плакал при расставании с мамой, не подпускал воспитателей, отворачивался от них, настаивался при попытке утешить)	4	44,4%
4	Долго не общался со сверстниками в детсаду	2	22,2%
5	Был напряжен и недоверчив при общении с незнакомыми людьми	-	-
Блок «расторможенное расстройство привязанности»			
1	Ваш ребенок в детстве был слишком прилипчив, назойлив в общении с взрослыми	-	-
2	Легко «отрывался» от матери и вступал в общение с незнакомыми детьми и взрослыми	-	-
3	Вас раздражал слишком «нетерпеливый» темперамент Вашего ребенка	-	-
4	Когда Ваш ребенок был маленьким, Вам было тяжело «справляться» с ним	3	33,3%
5	Ребенок пытался «манипулировать» Вами (например, настойчиво добивался своего, «выводя Вас из себя»)	1	11,1%

Таблица 253 – Количество пациентов с положительными ответами «Клинико-анамнестическая анкета расстройств поведения»
(социализированное расстройство поведения, n=49)

№	вопрос	Кол-во пациентов	
		Абс.	В %
«Гиперкинетический» блок			
1	Не слышал обращений к нему, требовалось несколько раз повторять одну и ту же просьбу	-	-
2	Отмечались периоды возбуждения, во время которых был слишком подвижен, неусидчив и его трудно было успокоить	-	-
3	Вел себя плохо, суетился, бегал, шумел в ситуации, когда этого нельзя было делать	-	-
4	Совершал ненужные движения: вставал, садился на пол, двигал руками и ногами тогда, когда требовалось сидеть на одном месте (в кино, театре, на концерте, на занятии)	-	-
5	Брал вещи без спроса у посторонних людей, в гостях, у воспитателей	17	34,7%
6	Его поведение становилось невыносимым в незнакомом месте, когда особенно требовалось соблюдать тишину и дисциплину	-	-
7	Был нетерпелив, не мог дождаться очереди	9	18,4%
8	Мешал родителям/взрослым разговаривать, перебивал их, встревал в разговоры	8	16,3%
9	Отказывался класть вещи на место, терял, разбрасывал их	-	-
10	Был импульсивен, неосторожен в поведении, двигаясь, натыкался на предметы	11	22,4%
11	Возбуждался, находясь в большой компании сверстников, долго не мог «отойти» от общения (например, был «заведенным» после дня рождения)	-	-
«Оппозиционно-протестный» блок			
1	Назло бросал вещи или разбивал бьющиеся предметы	-	-
2	Бурно реагировал на замечание или запрет (крик, слезы, падение на пол и др.)	16	32,6%
3	Делал противоположное тому, о чем его попросят	7	14,3%

Продолжение таблицы 253

4	Провоцировал взрослого (ых), сознательно нарушая правила поведения, и ожидая ответной реакции	25	51,0%
5	Был без повода упрям, отказывался от предложенного	7	14,3%
6	Без объяснений плакал, кричал, капризничал	7	14,3%
7	Молчал, отворачивался, когда к нему обращались	5	10,2%
8	Отказывался усваивать правила поведения в детсаду, на занятиях после соответствующего объяснения взрослых	9	18,4%
9	Не понимал интонации «запрета» или игнорировал ее	15	30,6%
10	Часто совершал нехорошие поступки, заранее зная, что так нельзя делать	8	16,3%
11	У Вашего ребенка усиливалось возбуждение в ответ на запреты и многократные замечания	-	-
Блок «Агрессивность»			
1	Сознательно портил вещи, имущество	-	-
2	Проявлял физическую агрессию к детям и взрослым (или «замахивался» на родителей, родственников, воспитателей)	10	20,4%
3	Многократно оскорблял и/или обзывался на детей и взрослых	9	18,4%
4	Провоцировал столкновения, драки с детьми	9	18,4%
5	Обвинял других в своих неудачах	5	10,2%
6	Проявлял злость в отношении сверстников и/или взрослых	25	51,0%
7	Мстил сверстникам и/или взрослым	2	4,1%
8	Грубил сверстникам и/или взрослым	26	55,3%
9	Угрожал сверстника и/или взрослым	4	8,2%
10	Лгал, обманывал	22	44,9%
11	Был вспыльчив в ответ на замечание	4	8,2%
Блок «реактивное расстройство привязанности»			
1	Вас раздражал слишком «медлительный» темперамент ребенка	14	30,6%
2	Вам приходилось насильно кормить ребенка, а он не ел Вам «назло»	2	4,1%
3	Длительно адаптировался к детсаду (например, долго плакал при расставании с мамой, не подпускал воспитателей, отворачивался от них, настаивался при попытке утешить)	12	24,5%
4	Долго не общался со сверстниками в детсаду	11	22,4

Продолжение таблицы 253

5	Был напряжен и недоверчив при общении с незнакомыми людьми	3	6,1%
Блок «расторможенное расстройство привязанности»			
1	Ваш ребенок в детстве был слишком прилипчив, назойлив в общении с взрослыми	18	36,8%
2	Легко «отрывался» от матери и вступал в общение с незнакомыми детьми и взрослыми	5	10,2%
3	Вас раздражал слишком «нетерпеливый» темперамент Вашего ребенка	20	40,8%
4	Когда Ваш ребенок был маленьким, Вам было тяжело «справляться» с ним	6	12,3%
5	Ребенок пытался «манипулировать» Вами (например, настойчиво добивался своего, «выводя Вас из себя»)	-	-

**Приложение 4.2. Однофакторный дисперсионный анализ симптомов
«Клинико-anamнестической анкеты расстройств поведения»**

Таблица 254 – Данные о нормальном распределении значений количества симптомов различных блоков «Клинико-anamнестической анкеты расстройств поведения»

Клинико-anamнестический блок	Среднее значение и стандартная ошибка	Асимметрия и стандартная ошибка	Экссесс и стандартная ошибка
Блок «Гиперактивность»	33,18±2,741	0,512±0,264	-0,921±0,523
Блок «Агрессивность»	19,09±1,634	0,101±0,264	-0,330±0,523
«Оппозиционно-протестный» блок	31,65±1,866	0,310±0,264	0,142±0,523
Блок «Реактивное расстройство привязанности»	36,87±25,082	-0,077±0,264	-0,959±0,523
Блок «Расторможенное расстройство привязанности»	24,09±2,628	0,685±0,264	-0,492±0,523

Таблица 255 – Проверка однородности дисперсии по критерию Ливиня

Блоки	Статистика Ливиня	ст.св.1	ст.св.2	Знач.
«Гиперак-тивность»	3,384	2	80	0,039
«Агрессив-ность»	1,896	2	80	0,157
«Оппозиционно-протестный»	3,257	2	80	0,044
«Реактивное расстройство привязанности»	4,108	2	80	0,020
«Расторможенное расстройство привязанности»	5,174	2	80	0,008

Таблица 256 – Межгрупповое сравнение

		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.
«Гиперак- тивность»	Между группами	31258,633	2	15629,316	62,903	0,000
	Внутри групп	19877,211	80	248,465		
	Всего	51135,843	82			
«Агрессив- ность»	Между группами	1246,981	2	623,490	2,947	0,058
	Внутри групп	16927,299	80	211,591		
	Всего	18174,280	82			
«Оппози- ционно- протест- ный»	Между группами	771,345	2	385,672	1,346	0,266
	Внутри групп	22920,023	80	286,500		
	Всего	23691,368	82			
«Реактив- ное расстрой- ство привязан- ности»	Между группами	12786,449	2	6393,225	13,182	0,000
	Внутри групп	38799,093	80	484,989		
	Всего	51585,542	82			
«Растор- женное расстрой- ство привязан- ности»	Между группами	7250,313	2	3625,156	7,295	0,001
	Внутри групп	39756,916	80	496,961		
	Всего	47007,229	82			

Таблица 257 – Множественное сравнение (по методу 2Тамхейн)

Зависимая переменная	(I) группа	(J) группа	Средняя разность (I-J)	Средне квадратичная ошибка	Знач.	95% доверительный интервал	
						Нижняя граница	Верхняя граница
«Гипер-активность»	1	2	15,55400 [*]	4,10015	0,004	4,8264	26,2816
		3	42,55604 [*]	3,61426	0,000	33,6925	51,4195
	2	1	-15,55400 [*]	4,10015	0,004	-26,2816	-4,8264
		3	27,00204 [*]	4,08089	0,000	16,3719	37,6322
	3	1	-42,55604 [*]	3,61426	0,000	-51,4195	-33,6925
		2	-27,00204 [*]	4,08089	0,000	-37,6322	-16,3719
«Агрессивность»	1	2	13,12880 [*]	3,76173	0,005	3,5923	22,6653
		3	1,17370	3,65878	0,984	-7,8600	10,2074
	2	1	-13,12880 [*]	3,76173	0,005	-22,6653	-3,5923
		3	-11,95510 [*]	3,23376	0,003	-20,2354	-3,6749
	3	1	-1,17370	3,65878	0,984	-10,2074	7,8600
		2	11,95510 [*]	3,23376	0,003	3,6749	20,2354
«Оппозиционно-протестный»	1	2	-9,09000	4,44285	0,153	-20,6531	2,4731
		3	-5,75082	3,94316	0,386	-15,4307	3,9290
	2	1	9,09000	4,44285	0,153	-2,4731	20,6531
		3	3,33918	4,33150	0,833	-7,9414	14,6197
	3	1	5,75082	3,94316	0,386	-3,9290	15,4307
		2	-3,33918	4,33150	0,833	-14,6197	7,9414
«Реактивное расстройство привязанности»	1	2	0,88889	6,72566	0,999	-17,4641	19,2419
		3	25,46939 [*]	4,83566	0,000	13,6293	37,3095
	2	1	-0,88889	6,72566	0,999	-19,2419	17,4641
		3	24,58050 [*]	6,87640	0,009	6,0593	43,1017
	3	1	-25,46939 [*]	4,83566	0,000	-37,3095	-13,6293
«Расторможенное расстройство привязанности»		2	-24,58050 [*]	6,87640	0,009	-43,1017	-6,0593
	1	2	-3,55556	6,44444	0,931	-21,0257	13,9145
		3	-19,83673 [*]	4,88919	0,000	-31,8049	-7,8686
	2	1	3,55556	6,44444	0,931	-13,9145	21,0257
		3	-16,28118	6,64091	0,077	-33,9968	1,4344
	3	1	19,83673 [*]	4,88919	0,000	7,8686	31,8049
		2	16,28118	6,64091	0,077	-1,4344	33,9968

Примечание:

* - средняя разность значима на уровне 0,05.

**Приложение 4.3. Однофакторный дисперсионный анализ симптомов
«Клинико-анамнестической анкеты расстройств поведения» пациентов с
диагнозом «Социализированное расстройство поведения»**

Таблица 258 – Проверка однородности дисперсии по критерию Ливиня

	Статистика Ливиня	ст.св.1	ст.св.2	Знач.
«Гиперак- тивность»	1,126	2	46	0,333
«Агрессив- ность»	0,344	2	46	0,711
«Оппозиционно- протестный»	1,793	2	46	0,178
«Реактивное расстройство привязанности»	0,263	2	46	0,770
«Расторможенное расстройство привязанности»	2,072	2	46	0,138

Таблица 259 – Межгрупповое сравнение

		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.
«Гиперак- тивность»	Между группами	10673,358	2	5336,679	54,514	0,000
	Внутри групп	4503,231	46	97,896		
	Всего	15176,590	48			
«Агрессив- ность»	Между группами	6537,468	2	3268,734	30,927	0,000
	Внутри групп	4861,837	46	105,692		
	Всего	11399,305	48			
«Оппози- ционно- протест- ный»	Между группами	9948,651	2	4974,325	31,836	0,000
	Внутри групп	7187,405	46	156,248		
	Всего	17136,056	48			
«Реактив- ное расстрой- ство привязан- ности»	Между группами	19334,204	2	9667,102	42,047	0,000
	Внутри групп	10576,000	46	229,913		
	Всего	29910,204	48			
«Растор- женное расстрой- ство привязан- ности»	Между группами	12665,694	2	6332,847	15,773	0,000
	Внутри групп	18469,000	46	401,500		
	Всего	31134,694	48			

Таблица 260 – Множественное сравнение (по методу 2Тамхейн)

Зависимая переменная	(I) группа	(J) группа	Средняя разность (I-J)	Средне квадратичная ошибка	Знач.	95% доверительный интервал	
						Нижняя граница	Верхняя граница
«Гипер-активность»	1	2	-0,45450	3,33841	0,999	-9,6245	8,7155
		3	-31,81500*	4,17264	0,000	-42,6844	-20,9456
	2	1	0,45450	3,33841	0,999	-8,7155	9,6245
		3	-31,36050*	3,51075	0,000	-40,3497	-22,3713
	3	1	31,81500*	4,17264	0,000	20,9456	42,6844
		2	31,36050*	3,51075	0,000	22,3713	40,3497
«Агрессивность»	1	2	27,99720*	4,72930	0,000	14,6945	41,2999
		3	34,08750*	4,70975	0,000	20,7786	47,3964
	2	1	-27,99720*	4,72930	0,000	-41,2999	-14,6945
		3	6,09030	3,02257	0,146	-1,4657	13,6463
	3	1	-34,08750*	4,70975	0,000	-47,3964	-20,7786
		2	-6,09030	3,02257	0,146	-13,6463	1,4657
«Оппозиционно-протестный»	1	2	-25,31565*	3,80041	0,000	-34,9975	-15,6338
		3	4,54500	3,53796	0,513	-4,6618	13,7518
	2	1	25,31565*	3,80041	0,000	15,6338	34,9975
		3	29,86065*	3,94019	0,000	20,0260	39,6953
	3	1	-4,54500	3,53796	0,513	-13,7518	4,6618
		2	-29,86065*	3,94019	0,000	-39,6953	-20,0260
«Реактивное расстройство прив.»	1	2	-3,60000	6,01649	0,916	-20,5076	13,3076
		3	-45,00000*	6,84871	0,000	-63,2730	-26,7270
	2	1	3,60000	6,01649	0,916	-13,3076	20,5076
		3	-41,40000*	5,09510	0,000	-54,3629	-28,4371
	3	1	45,00000*	6,84871	0,000	26,7270	63,2730
		2	41,40000*	5,09510	0,000	28,4371	54,3629
«Расторможенное расстройство прив.»	1	2	-,70000	7,64165	1,000	-20,8805	19,4805
		3	33,75000*	6,68710	0,001	14,9923	52,5077
	2	1	,70000	7,64165	1,000	-19,4805	20,8805
		3	34,45000*	5,78525	0,000	19,9963	48,9037
	3	1	-33,75000*	6,68710	0,001	-52,5077	-14,9923
		2	-34,45000*	5,78525	0,000	-48,9037	-19,9963

Примечание:

* - средняя разность значима на уровне 0,05.

Приложение 4.4. Материал адаптация методики «Низонжеровский опросник оценки поведения детей». Группировка пунктов опросника в шкалы

Таблица 261 – Оценка пригодности данных для выполнения факторного анализа

№	Параметры факторного анализа	Значение
1	Мера адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина	0,852
2	Критерий сферичности Бартлетта	Хи-квадрат=315,118 p=0,000

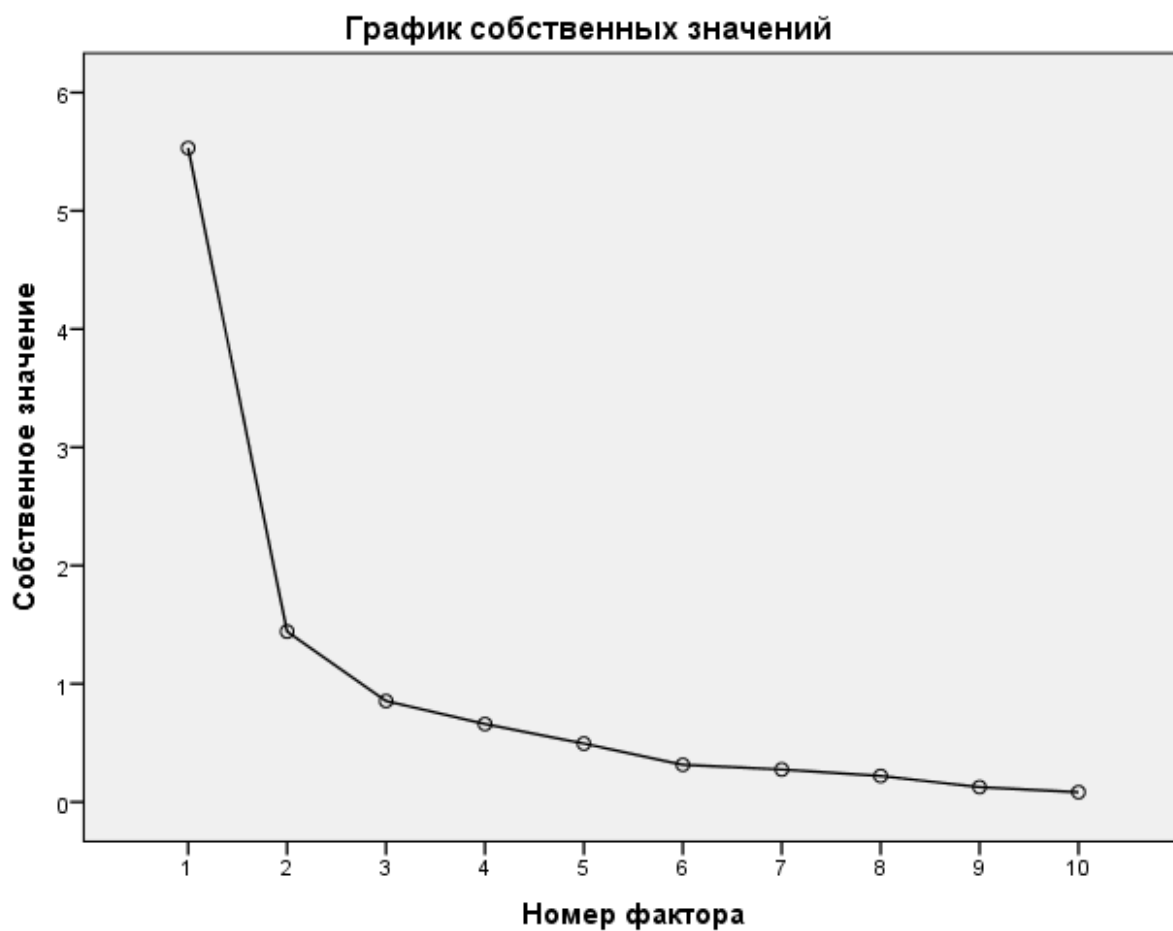


Рисунок 58. График собственных значений факторов.

Таблица 262 – Объясненная совокупная дисперсия

	Начальные собственные значения			Суммы квадратов нагрузок извлечения		
	Всего	% дисперсии	Суммарный %	Всего	% дисперсии	Суммарный %
1	5,531	55,310	55,310	5,073	50,735	50,735
2	1,442	14,415	69,725			
3	0,854	8,540	78,265			
4	0,660	6,595	84,861			
5	0,494	4,944	89,804			
6	0,315	3,146	92,951			
7	0,275	2,751	95,701			
8	0,220	2,204	97,905			
9	0,126	1,261	99,167			
10	0,083	0,833	100,000			

Таблица 263 – Повернутая факторная матрица

№	Вопросы	Факторный анализ
		1
1	Соглашался с замечаниями в свой адрес	0,861
2	Ясно излагал свои мысли	0,823
3	Соблюдал установленные правила поведения	0,473
4	Был инициатором позитивного взаимодействия	0,464
5	Принимал участие в какой-либо совместной деятельности	0,969
6	Не поддавался на провокацию, проявлял терпимость	0,392
7	Участвовал в общих делах, помогал другим	0,654
8	Был усидчив при выполнении заданий	0,847
9	Выглядел радостным, счастливым	0,492
10	Был терпелив, способен ждать	0,858

Таблица 264 – Последовательность агломерации переменных-шкал
«Низонжеровский опросник оценки поведения детей»

Этап	Объединенный кластер		Коэффициенты	Этап первого появления кластера		Следующий этап
	Кластер 1	Кластер 2		Кластер 1	Кластер 2	
1	22	30	0,926	0	0	6
2	44	49	0,909	0	0	30
3	27	32	0,895	0	0	16
4	10	33	0,888	0	0	9
5	17	19	0,873	0	0	20
6	22	53	0,862	1	0	19
7	1	43	0,856	0	0	27
8	18	34	0,854	0	0	14
9	10	40	0,820	4	0	21
10	4	25	0,811	0	0	22
11	31	39	0,810	0	0	24
12	50	55	0,810	0	0	27
13	5	12	0,807	0	0	32
14	18	28	0,807	8	0	20
15	21	51	0,805	0	0	24
16	27	29	0,793	3	0	25
17	37	38	0,790	0	0	41
18	2	45	0,790	0	0	29
19	7	22	0,769	0	6	33
20	17	18	0,747	5	14	39
21	10	14	0,738	9	0	38
22	4	48	0,738	10	0	26
23	15	23	0,737	0	0	35
24	21	31	0,734	15	11	28
25	20	27	0,727	0	16	51
26	4	56	0,706	22	0	30
27	1	50	0,705	7	12	34
28	21	36	0,698	24	0	36
29	2	9	0,683	18	0	31
30	4	44	0,664	26	2	33
31	2	6	0,660	29	0	42
32	5	47	0,644	13	0	39
33	4	7	0,640	30	19	38
34	1	52	0,638	27	0	40
35	15	42	0,622	23	0	42
36	21	54	0,619	28	0	37

Продолжение таблицы 264

37	21	26	0,599	36	0	40
38	4	10	0,596	33	21	50
39	5	17	0,583	32	20	45
40	1	21	0,582	34	37	44
41	8	37	0,568	0	17	43
42	2	15	0,558	31	35	46
43	8	46	0,549	41	0	48
44	1	24	0,510	40	0	47
45	5	13	0,509	39	0	55
46	2	41	0,480	42	0	50
47	1	35	0,473	44	0	52
48	8	11	0,451	43	0	49
49	8	16	0,414	48	0	51
50	2	4	0,346	46	38	53
51	8	20	0,321	49	25	52
52	1	8	0,232	47	51	54
53	2	3	0,199	50	0	54
54	1	2	0,167	52	53	55
55	1	5	0,112	54	45	0

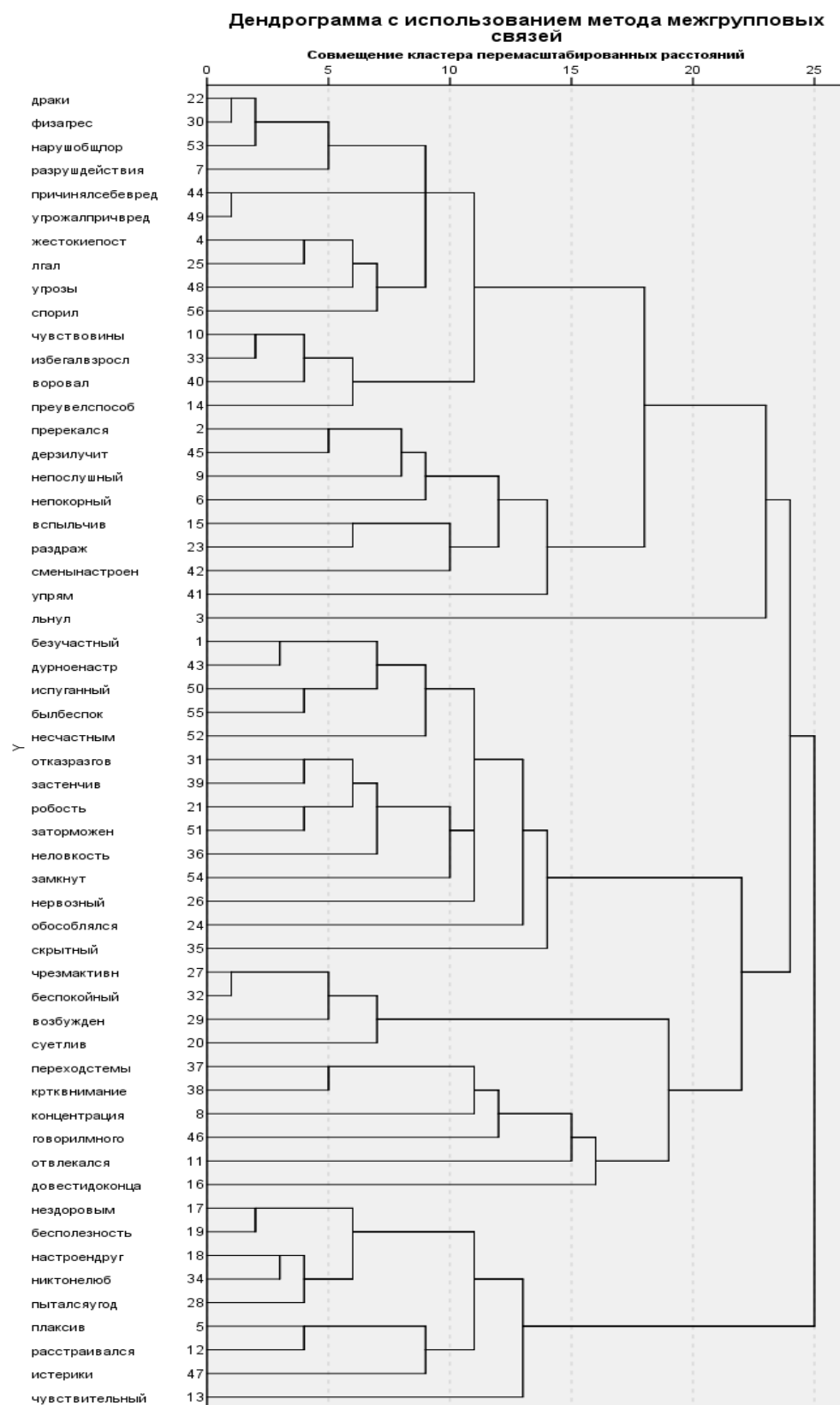


Рисунок 59. Дендрограмма объединения переменных (пунктов опросника) в кластеры (шкалы опросника).

**Приложение 4.5. Изучение надежности (внутренней согласованности) шкал
«Низонжеровский опросник оценки поведения детей»**

Таблица 265 – Средние значения пунктов шкалы «Позитивное поведение»

№ пункта опросника	Среднее значение	Стандартное отклонение	Стандартная ошибка	Асимметрия	Станд. ошибка асим.	Эксцесс	Станд. ошибка эксц.
1	1,38	0,788	0,047	-0,267	0,145	-0,621	0,289
2	1,91	0,848	0,050	-0,260	0,145	-0,751	0,289
3	1,28	0,985	0,059	0,098	0,145	-0,904	0,289
4	1,30	0,931	0,056	0,338	0,147	-0,707	0,292
5	1,38	1,003	0,060	0,197	0,145	-0,919	0,289
6	1,15	0,876	0,052	0,281	0,145	-0,702	0,289
7	1,60	0,962	0,057	-0,130	0,145	-0,926	0,289
8	0,98	0,831	0,051	0,511	0,148	-0,355	0,295
9	1,64	0,812	0,048	-0,454	0,145	-0,236	0,289
10	1,40	0,962	0,057	0,130	0,145	-0,926	0,289

Таблица 266 – Статистика пунктов шкалы «Позитивное поведение»

№	вопросы	Масшта- биров. среднее при искл. элемента	Масшта- биров. дисперсия при искл. элемента	Исправ- ленная корреляция между элементом и итогом	α Кронбаха при исключении элемента
1	Соглашался с замечаниями в свой адрес	12,50	19,930	0,391	0,710
2	Ясно излагал свои мысли	11,93	21,600	0,133	0,747
3	Соблюдал установленные правила поведения	12,61	17,964	0,573	0,679
4	Был инициатором позитивного взаимодействия	12,50	18,907	0,442	0,701
5	Принимал участие в какой-либо совместной деятельности	12,48	17,883	0,541	0,683
6	Не поддавался на провокацию, проявлял терпимость	12,73	18,901	0,474	0,696
7	Участвовал в общих делах, помогал другим	12,25	19,355	0,376	0,712
8	Был усидчив при выполнении заданий	12,89	20,289	0,321	0,720
9	Выглядел радостным, счастливым	12,18	20,896	0,267	0,727
10	Был терпелив, способен ждать	12,50	19,419	0,374	0,712

Таблица 267 – Показатели надежности по половинному расщеплению шкалы
«Позитивное поведение»

α Кронбаха	Часть 1	Значение	0,599
		№ элемента	5
	Часть 2	Значение	0,505
		№ элемента	5
	Общее N элементов		
Коэффициент Спирмена-Брауна	Равная длина		0,624
	Неравная длина		0,769
Коэффициент половинного расщепления Гуттмана			0,769

Примечание:

Часть № 1. Элементы: 1) Соглашался с замечаниями в свой адрес; 2) Ясно излагал свои мысли; 3) Соблюдал установленные правила поведения; 4) Был инициатором позитивного взаимодействия; 5) Принимал участие в какой-либо совместной деятельности.

Часть № 2. Элементы: 1) Не поддавался на провокацию, проявлял терпимость; 2) Участвовал в общих делах, помогал другим; 3) Был усидчив при выполнении заданий; 4) Выглядел радостным, счастливым; 5) Был терпелив, способен ждать.

Таблица 268 – Средние значения пунктов шкалы «Расстройства поведения»

№ пункта опрос- ника	Среднее значе- ние	Стан- дартное откло- нения	Стан- дартная ошибка	Асим- метрия	Станд. ошибка асим.	Экс- цесс	Станд. ошибка эксц.
4	0,62	0,937	0,056	1,304	0,145	0,456	0,289
7	0,72	1,006	0,060	1,084	0,145	-0,185	0,289
10	0,85	0,991	0,059	0,967	0,145	-0,158	0,289
14	0,68	0,927	0,055	1,163	0,145	0,248	0,289
22	0,39	0,708	0,043	1,878	0,147	3,048	0,292
25	0,79	0,923	0,055	1,092	0,145	0,369	0,289
30	0,64	0,934	0,056	1,255	0,145	0,377	0,289
33	0,85	1,053	0,063	0,964	0,145	-0,387	0,289
40	0,32	0,748	0,045	2,484	0,145	5,375	0,289
44	0,40	0,843	0,050	2,132	0,145	3,470	0,289
48	0,53	0,769	0,046	1,027	0,145	-0,539	0,289
49	0,36	0,728	0,043	2,326	0,145	5,195	0,289
53	0,58	1,024	0,062	1,548	0,148	0,874	0,295
56	0,74	0,821	0,049	0,993	0,147	0,469	0,292

Таблица 269 – Статистика пунктов шкалы «Расстройства поведения»

№	вопросы	Масштаб. среднее при искл. элемента	Масштаб. диспер- сии при искл. элемента	Исправ. коррел- яция между элемен- том и итоном	Квадрат множ. коэф. корре- ляции	α Крон- баха при исключе- нии элемента
4	Совершал жестокие или подлые поступки	7,30	52,680	0,796	0,869	0,889
7	Намеренно совершал разрушительные действия	7,25	54,348	0,648	0,681	0,896
10	Не чувствовал вины за совершенные плохие поступки	7,09	54,106	0,660	0,673	0,896
14	Преувеличивал собственные способности или достижения	7,27	58,100	0,408	0,384	0,906
22	Участвовал в драках	7,52	58,653	0,475	0,617	0,902
25	Лгал или мошенничал	7,16	54,020	0,737	0,772	0,892
30	Проявлял физическую агрессию	7,32	52,324	0,875	0,850	0,886
33	Избегал взрослых, учителей или других авторитетных лиц	7,09	54,653	0,568	0,613	0,900
40	Воровал	7,59	57,140	0,576	0,659	0,899

Продолжение таблицы 269

44	Сознательно причинял себе физический вред или боль	7,57	56,368	0,642	0,661	0,897
48	Угрожал людям	7,43	55,364	0,787	0,850	0,892
49	Угрожал причинить себе физический вред	7,59	61,201	0,244	0,326	0,910
53	Нарушал общественный порядок	7,39	55,265	0,569	0,721	0,900
56	Спорил с другими детьми или сверстниками	7,25	58,546	0,468	0,554	0,903

Таблица 270 – Показатели надежности по половинному расщеплению шкалы
«Расстройства поведения»

α Кронбаха	Часть 1	Значение	0,856
		№ элемента	7
	Часть 2	Значение	0,754
		№ элемента	7
	Общее N элементов		14
Корреляция между формами			0,896
Коэффициент Спирмена-Брауна	Равная длина		0,945
	Неравная длина		0,945
Коэффициент половинного расщепления Гуттмана			0,933

Примечание:

Часть № 1. Элементы: 1) Совершал жестокие или подлые поступки; 2) Намеренно совершал разрушительные действия; 3) Не чувствовал вины за совершенные плохие поступки; 4) Преувеличивал собственные способности или достижения; 5) Участвовал в драках; 6) Лгал или мошенничал; 7) Проявлял физическую агрессию.

Часть № 2. Элементы: 1) Избегал взрослых, учителей или других авторитетных лиц; 2) Воровал; 3) Сознательно причинял себе физический вред или боль; 4) Угрожал людям; 5) Угрожал причинить себе физический вред; 6) Нарушал общественный порядок; 7) Спорил с другими детьми или сверстниками.

Таблица 271 – Средние значения пунктов шкалы «Оппозиция»

№ пункта опросника	Среднее значение	Стандартная отклонения	Стандартная ошибка	Асимметрия	Станд. ошибка асим.	Эксцесс	Станд. ошибка эксц.
2	1,55	0,965	0,057	0,135	0,145	-0,995	0,289
6	1,21	0,946	0,056	0,326	0,145	-0,805	0,289
9	1,42	1,045	0,064	0,149	0,148	-1,153	0,295
15	1,53	0,944	0,056	-0,016	0,145	-0,893	0,289
23	1,43	0,846	0,050	0,129	0,145	-0,562	0,289
41	1,83	0,976	0,058	-0,346	0,145	-0,919	0,289
42	1,15	1,053	0,063	0,472	0,145	-0,998	0,289
45	1,30	1,111	0,066	0,330	0,145	-1,234	0,289

Таблица 272 – Статистика пунктов шкалы «Оппозиция»

№	вопросы	Масштаб. среднее при искл. элемента	Масштаб. диспер- сии при искл. элемента	Исправ. коррел- яция между элемен- том и итоном	Квадрат множ. коэф. корре- ляции	α Крон- баха при исключе- нии элемента
2	Пререкался с родителями, учителями или другими	9,71	29,292	0,829	0,797	0,891
6	Был непокорным, не подчинялся авторитету взрослых	10,04	30,288	0,721	0,639	0,900
9	Был непослушным	9,82	29,277	0,747	0,613	0,898
15	Был вспыльчивым, легко злился	9,73	29,683	0,786	0,758	0,895
23	Был раздражительн ым	9,82	30,794	0,766	0,748	0,897
41	Был упрям, настаивал на своем	9,44	31,385	0,588	0,422	0,911
42	У него внезапно менялось настроение	10,13	31,254	0,558	0,511	0,914
45	Дерзил учителям, родителям или другим взрослым	10,00	28,773	0,748	0,716	0,898

Таблица 273 – Показатели надежности по половинному расщеплению шкалы
«Оппозиция»

α Кронбаха	Часть 1	Значение	0,873
		№ элемента	4
	Часть 2	Значение	0,767
		№ элемента	4
	Общее N элементов		8
Корреляция между формами			0,893
Коэффициент	Равная длина		0,943
Спирмена-Брауна	Неравная длина		0,943
Коэффициент половинного расщепления Гуттмана			0,942

Примечание:

Часть № 1. Элементы: 1) Пререкался с родителями, учителями или другими; 2) Был непокорным, не подчинялся авторитету взрослых; 3) Был непослушным; 4) Был вспыльчивым, легко злился.

Часть № 2. Элементы: 1) Был раздражительным; 2) Был упрям, настаивал на своем; 3) У него внезапно менялось настроение; 4) Дерзил учителям, родителям или другим взрослым.

Таблица 274 – Средние значения пунктов шкалы «Сензитивность»

№ пункта опрос- ника	Среднее значение	Стан- дартная откло- нения	Стан- дартная ошибка	Асим- метрия	Станд. ошибка асим.	Эксцесс	Станд. ошибка эксц.
5	1,09	0,987	0,059	0,498	0,145	-0,820	0,289
12	1,53	0,966	0,058	-0,091	0,145	-0,949	0,289
13	1,57	0,918	0,055	-0,055	0,145	-0,817	0,289
17	1,47	1,091	0,065	0,082	0,145	-1,286	0,289
18	1,40	1,067	0,064	0,093	0,145	-1,232	0,289
19	1,19	1,067	0,064	0,462	0,145	-1,022	0,289
28	0,85	1,033	0,062	1,005	0,145	-0,214	0,289
34	1,06	1,000	0,060	0,517	0,145	-0,855	0,289
47	1,15	0,969	0,058	0,265	0,145	-1,040	0,289

Таблица 275 – Статистика пунктов шкалы «Сензитивность»

№	вопросы	Масштаб. среднее при искл. элемента	Масштаб. диспер- сии при искл. элемента	Исправ. коррел- яция между элемен- том и итоном	Квадрат множ. коэф. корре- ляции	α Крон- баха при исключе- нии элемента
5	Эпизодически был плаксивым, слезливым	10,23	34,173	0,722	0,730	0,867
12	Легко расстраивался	9,79	33,520	0,807	0,754	0,860
13	Был излишне чувствительны м, легко ранимым	9,74	36,148	0,587	0,469	0,878
17	Чувствовал себя нездоровым	9,85	35,273	0,542	0,353	0,883
18	Чувствовал, что другие настроены против него/нее	9,91	36,334	0,467	0,343	0,889
19	Чувствовал свою бесполезность или недооценивал себя	10,13	33,464	0,719	0,763	0,867
28	Всеми силами пытался угодить другим	10,47	35,908	0,525	0,516	0,883
34	Говорил, что его/её никто не любит	10,26	33,159	0,809	0,824	0,859
47	Отмечались истерика	10,17	35,587	0,602	0,518	0,877

Таблица 276 – Показатели надежности по половинному расщеплению шкалы
«Сензитивность»

α Кронбаха	Часть 1	Значение	0,800
		№ элемента	5
	Часть 2	Значение	0,811
		№ элемента	4
	Общее N элементов		9
Корреляция между формами			0,770
Коэффициент Спирмена-Брауна	Равная длина		0,870
	Неравная длина		0,871
Коэффициент половинного расщепления Гуттмана			0,871

Примечание:

Часть № 1. Элементы: 1) Эпизодически был плаксивым, слезливым; 2) Легко расстраивался; 3) Был излишне чувствительным, легко ранимым; 4) Чувствовал себя нездоровым; 5) Чувствовал, что другие настроены против него/нее.

Часть № 2. Элементы: 1) Чувствовал свою бесполезность или недооценивал себя; 2) Всеми силами пытался угодить другим; 3) Говорил, что его/её никто не любит; 4) Отмечались истерики.

Таблица 277 – Средние значения пунктов шкалы «Гиперактивность»

№ пункта опросника	Среднее значение	Стандартная отклонения	Стандартная ошибка	Асимметрия	Станд. ошибка асим.	Эксцес	Станд. ошибка эксц.
20	1,09	1,090	0,065	0,527	0,145	-1,075	0,289
27	1,13	1,125	0,067	0,563	0,145	-1,080	0,289
29	1,17	1,060	0,063	0,413	0,145	-1,077	0,289
32	1,09	1,070	0,064	0,566	0,145	-0,961	0,289

Таблица 278 – Статистика пунктов шкалы «Гиперактивность»

№	вопросы	Масштаб. среднее при искл. элемента	Масштаб. диспер- сии при искл. элемента	Исправ. коррел- яция между элемен- том и итоном	Квадрат множ. коэф. корре- ляции	α Крон- баха при исключе- нии элемента
20	Был суетливым, крутился на месте или извивался	3,38	9,376	0,771	0,612	0,935
27	Был чрезмерно активным, неусидчивым	3,34	8,510	0,904	0,842	0,890
29	Был сильно возбужденным, буйным	3,30	9,349	0,808	0,667	0,923
32	Был беспокойным, слишком энергичным	3,38	8,906	0,885	0,825	0,898

Таблица 279 – Показатели надежности по половинному расщеплению шкалы «Гиперактивность»

α Кронбаха	Часть 1	Значение	0,873
		№ элемента	2
	Часть 2	Значение	0,887
		№ элемента	2
	Общее N элементов		4
Корреляция между формами			0,864
Коэффициент Спирмена-Брауна	Равная длина		0,927
	Неравная длина		0,927
Коэффициент половинного расщепления Гуттмана			0,927

Примечание:

Часть № 1. Элементы: 1) Был суеуливым, крутился на месте или извивался; 2) Был чрезмерно активным, неусидчивым.

Часть № 2. Элементы: 1) Был сильно возбужденным, буйным; 2) Был беспокойным, слишком энергичным.

Таблица 280 – Средние значения пунктов шкалы «Невнимательность»

№ пункта опросника	Среднее значение	Стандартная отклонения	Стандартная ошибка	Асимметрия	Станд. ошибка асим.	Эксцесс	Станд. ошибка эксц.
8	1,26	0,935	0,056	0,260	0,145	-0,813	0,289
11	1,68	0,972	0,058	-0,167	0,145	-0,967	0,289
16	1,22	0,955	0,058	0,460	0,147	-0,672	0,292
37	1,11	1,038	0,062	0,477	0,145	-0,985	0,289
38	1,39	1,054	0,063	0,064	0,147	-1,215	0,292
46	1,30	0,989	0,059	0,307	0,145	-0,919	0,289

Таблица 281 – Статистика пунктов шкалы «Невнимательность»

№	вопросы	Масштаб. среднее при искл. элемента	Масштаб. дисперсии при искл. элемента	Исправ. кор. между элем. и итогом	Квадрат множ. коэф. корреляции	α Кронбаха при исключении элемента
8	С трудом концентрировался на чем-либо	6,78	14,805	0,665	0,521	0,830
11	Легко отвлекался	6,33	15,257	0,548	0,360	0,850
16	Начав что-либо делать, не мог довести это до конца	6,80	15,596	0,525	0,315	0,854
37	При разговоре быстро переходил с одной темы на другую	6,89	13,705	0,739	0,654	0,814
38	Сохранял внимание лишь на короткий срок	6,67	13,204	0,790	0,700	0,803
46	Говорил слишком много и громко	6,76	14,996	0,608	0,433	0,839

Таблица 282 – Показатели надежности по половинному расщеплению шкалы
«Невнимательность»

α Кронбаха	Часть 1	Значение	0,680
		№ элемента	3
	Часть 2	Значение	0,838
		№ элемента	3
	Общее N элементов		6
Корреляция между формами			0,705
Коэффициент	Равная длина		0,827
Спирмена-Брауна	Неравная длина		0,827
Коэффициент половинного расщепления Гуттмана			0,820

Примечание:

Часть № 1. Элементы: 1) С трудом концентрировался на чем-либо; 2) Легко отвлекался;
3) Начав что-либо делать, не мог довести это до конца.

Часть № 2. Элементы: 1) При разговоре быстро переходил с одной темы на другую; 2)
Сохранял внимание лишь на короткий срок; 3) Говорил слишком много и громко.

Таблица 283 – Средние значения пунктов шкалы «Эмоциональные нарушения»

№ пункта опросника	Среднее значение	Стандартная отклонения	Стандартная ошибка	Асимметрия	Станд. ошибка асим.	Эксцесс	Станд. ошибка эксц.
1	1,11	0,985	0,059	0,470	0,147	-0,830	0,292
21	0,68	0,879	0,052	1,240	0,145	0,778	0,289
24	1,26	1,074	0,065	0,422	0,147	-1,066	0,292
26	1,00	1,002	0,060	0,525	0,147	-0,952	0,292
31	0,98	1,002	0,060	0,557	0,145	-0,928	0,289
35	1,17	1,040	0,062	0,457	0,145	-0,964	0,289
36	0,98	0,898	0,054	0,589	0,147	-0,478	0,292
39	0,64	0,887	0,053	1,331	0,145	0,906	0,289
43	0,85	0,957	0,058	0,761	0,147	-0,593	0,292
50	0,61	0,848	0,051	1,061	0,147	-0,155	0,292
51	0,74	10,011	0,061	1,179	0,147	0,135	0,292
52	1,04	0,956	0,058	0,667	0,147	-0,449	0,292
54	0,70	1,021	0,061	1,259	0,147	0,239	0,292
55	0,74	0,897	0,054	0,904	0,147	-0,287	0,292

Таблица 284 – Статистика пунктов шкалы «Эмоциональные нарушения»

№	вопросы	Масштаб. среднее при искл. элемента	Масштаб. диспер- сии при искл. элемента	Исправ. коррел- яция между элемен- том и итоном	Квадрат множ. коэф. корре- ляции	α Крон- баха при исключе- нии элемента
1	Был безучастным или равнодушным	11,19	69,864	0,518	0,511	0,898
21	Держался среди других робко, застенчиво	11,60	71,119	0,518	0,627	0,897
24	Обособлялся от других	11,05	69,383	0,519	0,690	0,898
26	Был нервным или напряженным	11,30	67,402	0,682	0,743	0,891
31	Отказывался разговаривать	11,30	69,457	0,549	0,653	0,896
35	Был скрытным, скрывал свои мысли в себе	11,12	68,601	0,552	0,612	0,897
36	Чувствовал неловкость или легко смущался	11,28	72,249	0,435	0,480	0,901
39	Был застенчив или стеснителен	11,60	72,754	0,390	0,566	0,902
43	Был в дурном настроении, угрюмым, отказывался от общения	11,49	67,348	0,725	0,767	0,889
50	Выглядел слишком испуганным или тревожным	11,70	68,523	0,744	0,860	0,889

Продолжение таблицы 284

51	Был заторможен, медлителен	11,53	67,721	0,650	0,581	0,892
52	Выглядел несчастным или грустным	11,28	67,579	0,721	0,735	0,889
54	Был замкнут, отстранен от других	11,60	67,524	0,689	0,600	0,890
55	Был беспокойным	11,19	69,864	0,518	0,511	0,898

Таблица 285 – Показатели надежности по половинному расщеплению шкалы
«Эмоциональные нарушения»

α Кронбаха	Часть 1	Значение	0,776
		№ элемента	7
	Часть 2	Значение	0,870
		№ элемента	7
	Общее N элементов		
Корреляция между формами			0,790
Коэффициент Спирмена-Брауна	Равная длина		0,882
	Неравная длина		0,882
Коэффициент половинного расщепления Гуттмана			0,881

Примечание:

Часть № 1. Элементы: 1) Был безучастным или равнодушным; 2) Держался среди других робко, застенчиво; 3) Обособлялся от других; 4) Был нервным или напряженным; 5) Отказывался разговаривать; 6) Был скрытным, скрывал свои мысли в себе; 7) Чувствовал неловкость или легко смущался.

Часть № 2. Элементы: 1) Был застенчив или стеснителен; 2) Был в дурном настроении, угрюмым, отказывался от общения; 3) Выглядел слишком испуганным или тревожным; 4) Был заторможен, медлителен; 5) Выглядел несчастным или грустным; 6) Был замкнут, отстранен от других; 7) Был беспокойным.

**Приложение 4.6. Данные о нормальном распределении шкал
«Низонжеровского опросника оценки поведения детей»**

Таблица 286 – Данные о нормальном распределении шкал «Низонжеровского
опросника оценки поведения детей»

№	шкалы	Асим- метрия	Стандарт- ная ошибка асиммет- рии	эксцесс	Стандарт ная ошибка эксцесса
1	Позитивное поведение	-0,306	0,142	-0,053	0,284
2	Расстройства поведения	0,707	0,142	0,910	0,284
3	Оппозиция	0,720	0,142	-0,628	0,284
4	Сензитивность	0,355	0,142	-0,553	0,284
5	Гиперактивность	0,528	0,142	-0,076	0,284
6	Невнимательность	0,105	0,142	-0,049	0,284
7	Эмоциональные нарушения	0,765	0,142	-0,476	0,284

**Приложение 4.7 Различие средних значений шкал «Низонжеровского
опросника оценки поведения детей» в зависимости от вида
употребляемого ПАВ**

Таблица 287 – Средние значения шкалы «Позитивное поведение» при разных
видах ПАВ

Подгруппы	Среднее значение	Стандартное отклонение	Средняя ошибка
Употребление опиоидов	14,17	4,685	0,478
Употребление летучих растворителей	14,56	3,981	0,368
Употребление алкоголя	14,19	5,484	0,791
Сочетанное употребление стимуляторов и каннабиноидов	13,69	5,877	1,039

Таблица 288 – Межгрупповое различие дисперсий шкалы «Позитивное
поведение»

	Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.
Между группами	22,317	3	7,439	0,335	0,800
Внутри групп	6408,290	289	22,174		
Всего	6430,608	292			

Таблица 289 – Критерий однородности дисперсий значений шкалы
«Позитивное поведение»

Статистика Ливиня	ст.св.1	ст.св.2	Знач.
4,462	3	289	0,004

Таблица 290 – Множественное сравнение пар средних значений шкалы
«Позитивное поведение» методом T2 Тамхейма

Клини- ческая группа (I)	Клини- ческая группа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	-0,397	0,603	0,986	-2,00	1,21
	3	-0,021	0,925	1,000	-2,51	2,47
	4	0,479	1,144	0,999	-2,67	3,63
2	1	0,397	0,603	0,986	-1,21	2,00
	3	0,377	0,873	0,999	-1,99	2,74
	4	0,877	1,102	0,966	-2,18	3,93
3	1	0,021	0,925	1,000	-2,47	2,51
	2	-0,377	0,873	0,999	-2,74	1,99
	4	0,500	1,306	0,999	-3,05	4,05
4	1	-0,479	1,144	0,999	-3,63	2,67
	2	-0,877	1,102	0,966	-3,93	2,18
	3	-0,500	1,306	0,999	-4,05	3,05

Таблица 291 – Средние значения шкалы «Расстройства поведения» при разных видах ПАВ

Подгруппы	Среднее значение	Стандартное отклонение	Средняя ошибка
Употребление опиоидов	7,51	8,658	0,884
Употребление летучих растворителей	5,86	6,506	0,601
Употребление алкоголя	7,83	8,950	1,292
Сочетанное употребление стимуляторов и каннабиноидов	7,22	9,621	1,701

Таблица 292 – Межгрупповое различие дисперсий шкалы «Расстройства поведения»

	Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.
Между группами	206,391	3	68,797	1,065	0,364
Внутри групп	18665,937	289	64,588		
Всего	18872,328	292			

Таблица 293 – Критерий однородности дисперсий шкалы «Расстройства поведения»

Статистика Ливиня	ст.св.1	ст.св.2	Знач.
3,996	3	289	0,008

Таблица 294 – Множественное сравнение пар средних значений шкалы
«Расстройства поведения» методом T2 Тамхейма

Клини- ческая группа (I)	Клини- ческая группа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	1,647	1,069	0,552	-1,20	4,49
	3	-0,323	1,565	1,000	-4,53	3,89
	4	0,292	1,917	1,000	-4,96	5,55
2	1	-1,647	1,069	0,552	-4,49	1,20
	3	-1,970	1,425	0,676	-5,83	1,89
	4	-1,356	1,804	0,974	-6,35	3,64
3	1	0,323	1,565	1,000	-3,89	4,53
	2	1,970	1,425	0,676	-1,89	5,83
	4	0,615	2,136	1,000	-5,19	6,42
4	1	-0,292	1,917	1,000	-5,55	4,96
	2	1,356	1,804	0,974	-3,64	6,35
	3	-0,615	2,136	1,000	-6,42	5,19

Таблица 295 – Средние значения шкалы «Оппозиция» при разных видах ПАВ

Подгруппы	Среднее значение	Стандартное отклонение	Средняя ошибка
Употребление опиоидов	10,88	5,898	0,602
Употребление летучих растворителей	10,26	5,656	0,523
Употребление алкоголя	9,94	5,876	0,848
Сочетанное употребление стимуляторов и каннабиноидов	11,81	6,713	1,187

Таблица 296 – Межгрупповое различие дисперсий шкалы «Оппозиция»

	Сумма квадратов	ст. св.	Средний квадрат	F	Знач.
Между группами	89,027	3	29,676	0,855	0,465
Внутри групп	10034,495	289	34,721		
Всего	10123,522	292			

Таблица 297 – Критерий однородности дисперсий шкалы «Оппозиция»

Статистика Ливиня	ст. св. 1	ст. св. 2	Знач.
1,929	3	289	0,125

Таблица 298 – Множественное сравнение пар средних значений шкалы
«Оппозиция» методом Шеффе

Клини- ческая группа (I)	Клини- ческая группа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	0,619	0,811	0,901	-1,66	2,90
	3	0,938	1,042	0,847	-1,99	3,87
	4	-0,938	1,203	0,895	-4,32	2,44
2	1	-0,619	0,811	0,901	-2,90	1,66
	3	0,319	1,010	0,992	-2,52	3,16
	4	-1,556	1,176	0,626	-4,86	1,75
3	1	-0,938	1,042	0,847	-3,87	1,99
	2	-0,319	1,010	0,992	-3,16	2,52
	4	-1,875	1,345	0,585	-5,66	1,91
4	1	0,938	1,203	0,895	-2,44	4,32
	2	1,356	1,804	0,974	-3,64	6,35
	3	-0,615	2,136	1,000	-6,42	5,19

Таблица 299 – Средние значения шкалы «Сензитивность» при разных видах ПАВ

Подгруппы	Среднее значение	Стандартное отклонение	Средняя ошибка
Употребление опиоидов	11,24	7,181	0,733
Употребление летучих растворителей	12,64	7,041	0,651
Употребление алкоголя	11,73	6,034	0,871
Сочетанное употребление стимуляторов и каннабиноидов	10,38	7,250	1,282

Таблица 300 – Межгрупповое различие дисперсий шкалы «Сензитивность»

	Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.
Между группами	178,062	3	59,354	1,226	0,300
Внутри групп	13991,392	289	48,413		
Всего	14169,454	292			

Таблица 301 – Критерий однородности дисперсий шкалы «Сензитивность»

Статистика Ливиня	ст.св.1	ст.св.2	Знач.
0,628	3	289	0,597

Таблица 302 – Множественное сравнение пар средних значений шкалы
«Сензитивность» методом Шеффе

Клини- ческая группа (I)	Клини- ческая группа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	-1,401	0,958	0,545	-4,10	1,29
	3	-0,490	1,230	0,984	-3,95	2,97
	4	0,865	1,420	0,946	-3,13	4,86
2	1	1,401	0,958	0,545	-1,29	4,10
	3	0,912	1,193	0,900	-2,44	4,27
	4	2,266	1,388	0,448	-1,64	6,17
3	1	0,490	1,230	0,984	-2,97	3,95
	2	-0,912	1,193	0,900	-4,27	2,44
	4	1,354	1,588	0,867	-3,11	5,82
4	1	-0,865	1,420	0,946	-4,86	3,13
	2	-2,266	1,388	0,448	-6,17	1,64
	3	-1,354	1,588	0,867	-5,82	3,11

Таблица 303 – Средние значения шкалы «Гиперактивность» при разных видах
ПАВ

Подгруппы	Среднее значение	Стандартное отклонение	Средняя ошибка
Употребление опиоидов	4,66	3,858	0,394
Употребление летучих растворителей	4,59	4,161	0,385
Употребление алкоголя	5,29	4,753	0,686
Сочетанное употребление стимуляторов и каннабиноидов	4,38	4,006	0,708

Таблица 304 – Межгрупповое различие дисперсий шкалы «Гиперактивность»

	Сумма квадратов	ст. св.	Средний квадрат	F	Знач.
Между группами	21,787	3	7,262	0,421	0,738
Внутри групп	4981,381	289	17,237		
Всего	5003,167	292			

Таблица 305 – Критерий однородности дисперсий шкалы «Гиперактивность»

Статистика Ливиня	ст. св. 1	ст. св. 2	Знач.
2,954	3	289	0,033

Таблица 306 – Множественное сравнение пар средних значений шкалы
«Гиперактивность» методом T2 Тамхейма

Клини- ческая группа (I)	Клини- ческая группа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	0,067	0,550	1,000	-1,40	1,53
	3	-0,635	0,791	0,964	-2,77	1,50
	4	0,281	0,810	1,000	-1,94	2,50
2	1	-0,067	0,550	1,000	-1,53	1,40
	3	-0,702	0,787	0,940	-2,83	1,42
	4	0,215	0,806	1,000	-1,99	2,42
3	1	0,635	0,791	0,964	-1,50	2,77
	2	0,702	0,787	0,940	-1,42	2,83
	4	0,917	0,986	0,928	-1,75	3,58
4	1	-0,281	0,810	1,000	-2,50	1,94
	2	-0,215	0,806	1,000	-2,42	1,99
	3	-0,917	0,986	0,928	-3,58	1,75

Таблица 307 – Средние значения шкалы «Невнимательность» при разных видах
ПАВ

Подгруппы	Среднее значение	Стандартное отклонение	Средняя ошибка
Употребление опиоидов	7,88	3,625	0,370
Употребление летучих растворителей	7,25	3,562	0,329
Употребление алкоголя	7,50	3,182	0,459
Сочетанное употребление стимуляторов и каннабиноидов	7,69	3,524	0,623

Таблица 308 – Межгрупповое различие дисперсий шкалы «Невнимательность»

	Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.
Между группами	21,530	3	7,177	0,579	0,629
Внутри групп	3581,187	289	12,392		
Всего	3602,717	292			

Таблица 309 – Критерий однородности дисперсий шкалы «Невнимательность»

Статистика Ливиня	ст.св.1	ст.св.2	Знач.
0,510	3	289	0,675

Таблица 310 – Множественное сравнение пар средних значений шкалы
«Невнимательность» методом Шеффе

Клини- ческая группа (I)	Клини- ческая группа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	0,627	0,485	0,643	-0,74	1,99
	3	0,375	0,622	0,948	-1,37	2,12
	4	0,188	0,719	0,995	-1,83	2,21
2	1	-0,627	0,485	0,643	-1,99	0,74
	3	-0,252	0,603	0,982	-1,95	1,44
	4	-0,440	0,702	0,942	-2,41	1,54
3	1	-0,375	0,622	0,948	-2,12	1,37
	2	0,252	0,603	0,982	-1,44	1,95
	4	-0,188	0,803	0,997	-2,45	2,07
4	1	-0,188	0,719	0,995	-2,21	1,83
	2	0,440	0,702	0,942	-1,54	2,41
	3	0,188	0,803	0,997	-2,07	2,45

Таблица 311 – Средние значения шкалы «Эмоциональные нарушения» при
разных видах ПАВ

Подгруппы	Среднее значение	Стандартное отклонение	Средняя ошибка
Употребление опиоидов	12,26	8,939	0,912
Употребление летучих растворителей	12,32	9,007	0,833
Употребление алкоголя	13,52	9,349	1,349
Сочетанное употребление стимуляторов и каннабиноидов	11,59	8,285	1,465

Таблица 312 – Межгрупповое различие дисперсий шкалы «Эмоциональные нарушения»

	Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.
Между группами	83,520	3	27,840	0,346	0,792
Внутри групп	23235,846	289	80,401		
Всего	23319,365	292			

Таблица 313 – Критерий однородности дисперсий шкалы «Эмоциональные нарушения»

Статистика Ливиня	ст.св.1	ст.св.2	Знач.
0,673	3	289	0,569

Таблица 314 – Множественное сравнение пар средних значений шкалы «Эмоциональные нарушения» методом Шеффе

Клини- ческая группа (I)	Клини- ческая группа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	-0,064	1,235	1,000	-3,54	3,41
	3	-1,260	1,585	0,889	-5,72	3,20
	4	0,667	1,830	0,988	-4,48	5,81
2	1	0,064	1,235	1,000	-3,41	3,54
	3	-1,196	1,537	0,895	-5,52	3,13
	4	0,731	1,789	0,983	-4,30	5,76
3	1	1,260	1,585	0,889	-3,20	5,72
	2	1,196	1,537	0,895	-3,13	5,52
	4	1,927	2,046	0,829	-3,83	7,68
4	1	-0,667	1,830	0,988	-5,81	4,48
	2	-0,731	1,789	0,983	-5,76	4,30
	3	-1,927	2,046	0,829	-7,68	3,83

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Приложение 5.1. Результаты однофакторного дисперсионного анализа рейтинга тяжести при употреблении разных видов ПАВ

Таблица 315 – Данные о нормальном распределении шкал «ЕвроАДАД»

Шкалы	Среднее значение и стандартная ошибка	Асимметрия и стандартная ошибка	Эксцесс и стандартная ошибка
Физическое здоровье/болезнь	2,98±0,072	0,166±0,142	-0,830±0,284
Школьное обучение/занятость	5,88±0,069	0,019±0,142	-0,638±0,284
Общественное поведение	3,72±0,068	0,275±0,142	-0,352±0,284
Семейные взаимоотношения	5,62±0,099	-0,150±0,142	-0,985±0,284
Психическая адаптация/психопатология	5,67±0,067	-0,197±0,142	-0,435±0,284
Противоправные действия	4,30±0,077	0,103±0,143	-0,752±0,284
Употребление наркотиков	3,00±0,104	0,832±0,143	0,427±0,285
Употребление алкоголя	4,45±0,114	-0,268±0,142	-0,275±0,284

Таблица 316 – Межгрупповое различие дисперсий шкал «ЕвроАДАД»

	Сумма квадратов	ст. св.	Средний квадрат	F	Знач.
Шкала «Физическое здоровье/болезнь»					
Между группами	58,574	3	19,525	14,533	,000
Внутри групп	388,258	289	1,343		
Всего	446,833	292			
«Школьное обучение/занятость»					
Между группами	192,541	3	64,180	86,561	,000
Внутри групп	214,278	289	,741		
Всего	406,819	292			

Продолжение таблицы 316

Общественное поведение»					
Между группами	149,057	3	49,686	57,438	,000
Внутри групп	249,995	289	,865		
Всего	399,051	292			
«Семейные взаимоотношения»					
Между группами	648,603	3	216,201	324,843	,000
Внутри групп	192,346	289	,666		
Всего	840,949	292			
«Психическая адаптация/психопатология»					
Между группами	113,103	3	37,701	40,943	,000
Внутри групп	266,119	289	,921		
Всего	379,222	292			
Противоправные действия»					
Между группами	314,649	3	104,883	160,306	,000
Внутри групп	188,430	288	,654		
Всего	503,079	291			
«Употребление наркотиков»					
Между группами	798,290	3	266,097	252,850	,000
Внутри групп	304,140	289	1,052		
Всего	1102,430	292			
«Употребление алкоголя»					
Между группами	515,499	3	171,833	122,222	,000
Внутри групп	403,497	287	1,406		
Всего	918,997	290			

Таблица 317 – Критерий однородности дисперсий шкал «ЕвроАДАД»

шкалы	Статистика Ливиня	ст.св.1	ст.св.2	Знач.
Физическое здоровье/болезнь	0,894	3	289	0,445
Школьное обучение/занятость	4,049	3	289	0,008
Общественное поведение	3,369	3	289	0,019
Семейные взаимоотношения	0,399	3	289	0,754
Психическая адаптация/психопатология	0,359	3	289	0,782
Противоправные действия	1,378	3	288	0,249
Употребление наркотиков	9,127	3	289	0,000
Употребление алкоголя	1,312	3	287	0,271

Таблица 318 – Различие рейтинга тяжести шкалы «Физическое здоровье/болезнь»
в зависимости от вида употребляемого ПАВ с ВП

Клини- ческая подгруппа (I)	Клини- ческая подгруппа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квadra- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	-0,933*	0,160	0,000	-1,38	-0,48
	3	-0,354	0,205	0,395	-0,93	0,22
	4	0,156	0,237	0,933	-0,51	0,82
2	1	0,933*	0,160	0,000	0,48	1,38
	3	0,579*	0,199	0,039	0,02	1,14
	4	1,089*	0,231	0,000	0,44	1,74
3	1	0,354	0,205	0,395	-0,22	0,93
	2	-0,579*	0,199	0,039	-1,14	-0,02
	4	0,510	0,265	0,295	-0,23	1,25
4	1	-0,156	0,237	0,933	-0,82	0,51
	2	-1,089*	0,231	0,000	-1,74	-0,44
	3	-0,510	0,265	0,295	-1,25	0,23

Примечание:

* - средняя разность значима на уровне 0,05.

Таблица 319 – Различие рейтинга тяжести шкалы «Школьное обучение/занятость»
в зависимости от вида употребляемого ПАВ с ВП

Клини- ческая подгруппа (I)	Клини- ческая подгруппа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	-1,754*	0,114	0,000	-2,06	-1,45
	3	-1,542*	0,166	0,000	-1,99	-1,09
	4	-0,292	0,159	0,362	-0,73	0,14
2	1	1,754*	0,114	0,000	1,45	2,06
	3	0,212	0,167	0,753	-0,24	0,66
	4	1,462*	0,160	0,000	1,02	1,90
3	1	1,542*	0,166	0,000	1,09	1,99
	2	-0,212	0,167	0,753	-0,66	0,24
	4	1,250*	0,201	0,000	0,71	1,79
4	1	0,292	0,159	0,362	-0,14	0,73
	2	-1,462*	0,160	0,000	-1,90	-1,02
	3	-1,250*	0,201	0,000	-1,79	-0,71

Примечание: * - средняя разность значима на уровне 0,05.

Таблица 320 – Различие рейтинга тяжести шкалы «Общественное поведение» в
зависимости от вида употребляемого ПАВ с ВП

Клини- ческая подгруппа (I)	Клини- ческая подгруппа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	1,572*	0,127	0,000	1,23	1,91
	3	1,365*	0,168	0,000	0,91	1,81
	4	0,396	0,209	0,327	-0,18	0,97
2	1	-1,572*	0,127	0,000	-1,91	-1,23
	3	-0,207	0,156	0,714	-0,63	0,21
	4	-1,176*	0,200	0,000	-1,73	-0,62
3	1	-1,365*	0,168	0,000	-1,81	-0,91
	2	0,207	0,156	0,714	-0,21	0,63
	4	-0,969*	0,228	0,000	-1,59	-0,35
4	1	-0,396	0,209	0,327	-0,97	0,18
	2	1,176*	0,200	0,000	0,62	1,73
	3	0,969*	0,228	0,000	0,35	1,59

Примечание: * - средняя разность значима на уровне 0,05.

Таблица 321 – Различие рейтинга тяжести шкалы «Семейные взаимоотношения»
в зависимости от вида употребляемого ПАВ с ВП

Клини- ческая подгруппа (I)	Клини- ческая подгруппа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	-3,505*	0,112	0,000	-3,82	-3,19
	3	-1,812*	0,144	0,000	-2,22	-1,41
	4	-1,979*	0,167	0,000	-2,45	-1,51
2	1	3,505*	0,112	0,000	3,19	3,82
	3	1,693*	0,140	0,000	1,30	2,09
	4	1,526*	0,163	0,000	1,07	1,98
3	1	1,812*	0,144	0,000	1,41	2,22
	2	-1,693*	0,140	0,000	-2,09	-1,30
	4	-0,167	0,186	0,849	-0,69	0,36
4	1	1,979*	0,167	0,000	1,51	2,45
	2	-1,526*	0,163	0,000	-1,98	-1,07
	3	0,167	0,186	0,849	-0,36	0,69

Примечание: * - средняя разность значима на уровне 0,05.

Таблица 322 – Различие рейтинга тяжести шкалы «Психическая
адаптация/психопатология» в зависимости от вида употребляемого ПАВ с ВП

Клини- ческая подгруппа (I)	Клини- ческая подгруппа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	-1,361*	0,132	0,000	-1,73	-0,99
	3	-1,323*	0,170	0,000	-1,80	-0,85
	4	-0,563*	0,196	0,043	-1,11	-0,01
2	1	1,361*	0,132	0,000	0,99	1,73
	3	0,038	0,164	0,997	-0,42	0,50
	4	0,799*	0,191	0,001	0,26	1,34
3	1	1,323*	0,170	0,000	0,85	1,80
	2	-0,038	0,164	0,997	-0,50	0,42
	4	0,760*	0,219	0,008	0,14	1,38
4	1	0,563*	0,196	0,043	0,01	1,11
	2	-0,799*	0,191	0,001	-1,34	-0,26
	3	-0,760*	0,219	0,008	-1,38	-0,14

Примечание: * - средняя разность значима на уровне 0,05.

Таблица 323 – Различие рейтинга тяжести шкалы «Противоправные действия» в зависимости от вида употребляемого ПАВ с ВП

Клини- ческая подгруппа (I)	Клини- ческая подгруппа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	2,104*	0,112	0,000	1,79	2,42
	3	2,005*	0,143	0,000	1,60	2,41
	4	-0,068	0,165	0,982	-0,53	0,40
2	1	-2,104*	0,112	0,000	-2,42	-1,79
	3	-0,099	0,139	0,916	-0,49	0,29
	4	-2,172*	0,161	0,000	-2,63	-1,72
3	1	-2,005*	0,143	0,000	-2,41	-1,60
	2	0,099	0,139	0,916	-0,29	0,49
	4	-2,073*	0,185	0,000	-2,59	-1,55
4	1	0,068	0,165	0,982	-0,40	0,53
	2	2,172*	0,161	0,000	1,72	2,63
	3	2,073*	0,185	0,000	1,55	2,59

Примечание: * - средняя разность значима на уровне 0,05.

Таблица 324 – Различие рейтинга тяжести шкалы «Употребление наркотиков» в зависимости от вида употребляемого ПАВ с ВП

Клини- ческая подгруппа (I)	Клини- ческая подгруппа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	2,088*	0,146	0,000	1,70	2,48
	3	4,844*	0,177	0,000	4,37	5,32
	4	0,750*	0,252	0,026	0,06	1,44
2	1	-2,088*	0,146	0,000	-2,48	-1,70
	3	2,756*	0,149	0,000	2,36	3,16
	4	-1,338*	0,233	0,000	-1,98	-0,69
3	1	-4,844*	0,177	0,000	-5,32	-4,37
	2	-2,756*	0,149	0,000	-3,16	-2,36
	4	-4,094*	0,253	0,000	-4,79	-3,40
4	1	-0,750*	0,252	0,026	-1,44	-0,06
	2	1,338*	0,233	0,000	0,69	1,98
	3	4,094*	0,253	0,000	3,40	4,79

Примечание: * - средняя разность значима на уровне 0,05.

Таблица 325 – Различие рейтинга тяжести шкалы «Употребление алкоголя» в зависимости от вида употребляемого ПАВ с ВП

Клини- ческая подгруппа (I)	Клини- ческая подгруппа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	0,551 [*]	0,164	0,011	0,09	1,01
	3	-3,180 [*]	0,210	0,000	-3,77	-2,59
	4	0,602	0,242	0,106	-0,08	1,28
2	1	-0,551 [*]	0,164	0,011	-1,01	-0,09
	3	-3,731 [*]	0,203	0,000	-4,30	-3,16
	4	0,051	0,237	0,997	-0,62	0,72
3	1	3,180 [*]	0,210	0,000	2,59	3,77
	2	3,731 [*]	0,203	0,000	3,16	4,30
	4	3,781 [*]	0,271	0,000	3,02	4,54
4	1	-0,602	0,242	0,106	-1,28	0,08
	2	-0,051	0,237	0,997	-0,72	0,62
	3	-3,781 [*]	0,271	0,000	-4,54	-3,02

Примечание:

* - средняя разность значима на уровне 0,05.

1 – подгруппа употребления опиоидов с ВП;

2 – подгруппа употребления летучих растворителей с ВП;

3 – подгруппа употребление алкоголя с ВП;

4 – подгруппа употребления стимуляторов с ВП.

Приложение 5.2. Результаты однофакторного дисперсионного анализа рейтинга тяжести при употреблении разных видов ПАВ в динамике

Таблица 326 – Данные о нормальности распределения шкал «ЕвроАДАД» при
повторном обследовании

Шкалы	Среднее значение и стандартная ошибка	Асимметрия и стандартная ошибка	Экссесс и стандартная ошибка
Физическое здоровье/болезнь	4,40 ± 0,081	0,152±0,142	-0,856±0,284
Школьное обучение/занятость	6,47 ± 0,078	-0,151±0,142	-0,662±0,284
Общественное поведение	4,34 ± 0,091	0,218±0,142	-0,880±0,284
Семейные взаимоотношения	6,04 ± 0,095	-0,202±0,142	-0,914±0,284
Психическая адаптация/психопатология	6,29 ± 0,081	-0,028±0,142	-0,522±0,284
Противоправные действия	4,98 ± 0,086	-0,035±0,142	-0,568±0,284
Употребление наркотиков	5,26 ± 0,143	-0,335±0,142	-0,835±0,284
Употребление алкоголя	2,63 ± 0,143	0,935±0,143	0,497±0,285

Таблица 327 – Межгрупповое различие дисперсий шкал «ЕвроАДАД» при
повторном обследовании

	Сумма квадратов	ст. св.	Средний квадрат	F	Знач.
Шкала «Физическое здоровье/болезнь»					
Между группами	72,449	3	24,150	14,076	,000
Внутри групп	495,830	289	1,716		
Всего	568,280	292			

Продолжение таблицы 327

«Школьное обучение/занятость»					
Между группами	174,809	3	58,270	48,080	,000
Внутри групп	350,249	289	1,212		
Всего	525,058	292			
Общественное поведение»					
Между группами	151,106	3	50,369	26,319	,000
Внутри групп	553,078	289	1,914		
Всего	704,184	292			
«Семейные взаимоотношения»					
Между группами	515,984	3	171,995	196,777	,000
Внутри групп	252,603	289	,874		
Всего	768,587	292			
«Психическая адаптация/психопатология»					
Между группами	132,701	3	44,234	30,146	,000
Внутри групп	424,057	289	1,467		
Всего	556,758	292			
Противоправные действия»					
Между группами	269,296	3	89,765	70,004	,000
Внутри групп	370,581	289	1,282		
Всего	639,877	292			
«Употребление наркотиков»					
Между группами	1175,905	3	391,968	206,887	,000
Внутри групп	543,752	287	1,895		
Всего	1719,656	290			
«Употребление алкоголя»					
Между группами	1175,905	3	391,968	206,887	,000
Внутри групп	543,752	287	1,895		
Всего	1719,656	290			

Таблица 328 – Критерий однородности дисперсий шкал «ЕвроАДАД» при повторном обследовании

	Статистика Ливиня	ст.св.1	ст.св.2	Знач.
Шкала «Физическое здоровье/болезнь»	1,740	3	289	0,159
Шкала «Школьное обучение/занятость»	2,065	3	289	0,105
Шкала «Общественное поведение»	0,229	3	289	0,876
Шкала «Семейные взаимоотношения»	1,070	3	289	0,362
Шкала «Психическая адаптация/психопатология»	1,448	3	289	0,229
Шкала «Потивоправные действия»	0,881	3	289	0,451
Шкала «Употребление наркотиков»	4,991	3	289	0,002
Шкала «Употребление алкоголя»	7,899	3	287	0,000

Таблица 329 – Различие рейтинга тяжести шкалы «Физическое здоровье/болезнь» в зависимости от вида употребляемого ПАВ с ВП при повторном обследовании

Клини- ческая группа (I)	Клини- ческая группа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	-1,066*	0,180	0,000	-1,57	-0,56
	3	-0,396	0,232	0,405	-1,05	0,26
	4	0,073	0,267	0,995	-0,68	0,82
2	1	1,066*	0,180	0,000	0,56	1,57
	3	0,670*	0,225	0,032	0,04	1,30
	4	1,139*	0,261	0,000	0,40	1,87
3	1	0,396	0,232	0,405	-0,26	1,05
	2	-0,670*	0,225	0,032	-1,30	-0,04
	4	0,469	0,299	0,484	-0,37	1,31
4	1	-0,073	0,267	0,995	-0,82	0,68
	2	-1,139*	0,261	0,000	-1,87	-0,40
	3	-0,469	0,299	0,484	-1,31	0,37

Примечание: * - средняя разность значима на уровне 0,05.

Таблица 330 – Различие рейтинга тяжести шкалы «Школьное обучение/занятость» в зависимости от вида употребляемого ПАВ с ВП при повторном обследовании

Клини- ческая группа (I)	Клини- ческая группа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	-1,675*	0,152	0,000	-2,10	-1,25
	3	-1,323*	0,195	0,000	-1,87	-0,78
	4	-0,146	0,225	0,936	-0,78	0,49
2	1	1,675*	0,152	0,000	1,25	2,10
	3	0,352	0,189	0,325	-0,18	0,88
	4	1,529*	0,220	0,000	0,91	2,15
3	1	1,323*	0,195	0,000	0,78	1,87
	2	-0,352	0,189	0,325	-0,88	0,18
	4	1,177*	0,251	0,000	0,47	1,88
4	1	0,146	0,225	0,936	-0,49	0,78
	2	-1,529*	0,220	0,000	-2,15	-0,91
	3	-1,177*	0,251	0,000	-1,88	-0,47

Примечание: * - средняя разность значима на уровне 0,05.

Таблица 331 – Различие рейтинга тяжести шкалы «Общественное поведение» в зависимости от вида употребляемого ПАВ с ВП при повторном обследовании

Клини- ческая группа (I)	Клини- ческая группа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	1,662*	0,191	0,000	1,13	2,20
	3	1,135*	0,245	0,000	0,45	1,82
	4	0,604	0,282	0,208	-0,19	1,40
2	1	-1,662*	0,191	0,000	-2,20	-1,13
	3	-0,527	0,237	0,179	-1,19	0,14
	4	-1,058*	0,276	0,002	-1,83	-0,28
3	1	-1,135*	0,245	0,000	-1,82	-0,45
	2	0,527	0,237	0,179	-0,14	1,19
	4	-0,531	0,316	0,420	-1,42	0,36
4	1	-0,604	0,282	0,208	-1,40	0,19
	2	1,058*	0,276	0,002	0,28	1,83
	3	0,531	0,316	0,420	-0,36	1,42

Примечание: * - средняя разность значима на уровне 0,05.

Таблица 332 – Различие рейтинга тяжести шкалы «Семейные взаимоотношения» в зависимости от вида употребляемого ПАВ с ВП при повторном обследовании

Клини- ческая группа (I)	Клини- ческая группа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	-3,124*	0,129	0,000	-3,49	-2,76
	3	-1,542*	0,165	0,000	-2,01	-1,08
	4	-1,677*	0,191	0,000	-2,21	-1,14
2	1	3,124*	0,129	0,000	2,76	3,49
	3	1,583*	0,160	0,000	1,13	2,03
	4	1,447*	0,187	0,000	0,92	1,97
3	1	1,542*	0,165	0,000	1,08	2,01
	2	-1,583*	0,160	0,000	-2,03	-1,13
	4	-0,135	0,213	0,940	-0,74	0,46
4	1	1,677*	0,191	0,000	1,14	2,21
	2	-1,447*	0,187	0,000	-1,97	-0,92
	3	0,135	0,213	0,940	-0,46	0,74

Примечание: * - средняя разность значима на уровне 0,05.

Таблица 333 – Различие рейтинга тяжести шкалы «Психическая адаптация/психопатология» в зависимости от вида употребляемого ПАВ с ВП при повторном обследовании

Клини- ческая группа (I)	Клини- ческая группа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	-1,494*	0,167	0,000	-1,96	-1,03
	3	-1,292*	0,214	0,000	-1,89	-0,69
	4	-0,438	0,247	0,374	-1,13	0,26
2	1	1,494*	0,167	0,000	1,03	1,96
	3	0,202	0,208	0,813	-0,38	0,79
	4	1,057*	0,242	0,000	0,38	1,74
3	1	1,292*	0,214	0,000	0,69	1,89
	2	-0,202	0,208	0,813	-0,79	0,38
	4	0,854*	0,276	0,024	0,08	1,63
4	1	0,438	0,247	0,374	-0,26	1,13
	2	-1,057*	0,242	0,000	-1,74	-0,38
	3	-0,854*	0,276	0,024	-1,63	-0,08

Примечание: * - средняя разность значима на уровне 0,05.

Таблица 334 – Различие рейтинга тяжести шкалы «Противоправные действия» в зависимости от вида употребляемого ПАВ с ВП при повторном обследовании

Клини- ческая группа (I)	Клини- ческая группа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	2,024*	0,156	0,000	1,58	2,46
	3	1,750*	0,200	0,000	1,19	2,31
	4	0,083	0,231	0,988	-0,57	0,73
2	1	-2,024*	0,156	0,000	-2,46	-1,58
	3	-0,274	0,194	0,576	-0,82	0,27
	4	-1,940*	0,226	0,000	-2,58	-1,30
3	1	-1,750*	0,200	0,000	-2,31	-1,19
	2	0,274	0,194	0,576	-0,27	0,82
	4	-1,667*	0,258	0,000	-2,39	-0,94
4	1	-0,083	0,231	0,988	-0,73	0,57
	2	1,940*	0,226	0,000	1,30	2,58
	3	1,667*	0,258	0,000	0,94	2,39

Примечание: * - средняя разность значима на уровне 0,05.

Таблица 335 – Различие рейтинга тяжести шкалы «Употребление наркотиков» в зависимости от вида употребляемого ПАВ с ВП при повторном обследовании

Клини- ческая группа (I)	Клини- ческая группа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	2,479*	0,196	0,000	1,93	3,03
	3	5,917*	0,252	0,000	5,21	6,62
	4	1,083*	0,291	0,004	0,27	1,90
2	1	-2,479*	0,196	0,000	-3,03	-1,93
	3	3,438*	0,244	0,000	2,75	4,12
	4	-1,395*	0,284	0,000	-2,19	-0,60
3	1	-5,917*	0,252	0,000	-6,62	-5,21
	2	-3,438*	0,244	0,000	-4,12	-2,75
	4	-4,833*	0,325	0,000	-5,75	-3,92
4	1	-1,083*	0,291	0,004	-1,90	-0,27
	2	1,395*	0,284	0,000	0,60	2,19
	3	4,833*	0,325	0,000	3,92	5,75

Примечание: * - средняя разность значима на уровне 0,05.

Таблица 336 – Различие рейтинга тяжести шкалы «Употребление алкоголя» в зависимости от вида употребляемого ПАВ с ВП при повторном обследовании

Клини- ческая группа (I)	Клини- ческая группа (J)	Средняя разность (I-J)	Средне- квадра- тичная ошибка	p	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	0,019	0,190	1,000	-0,52	0,55
	3	-5,168*	0,244	0,000	-5,85	-4,48
	4	1,166*	0,281	0,001	0,37	1,96
2	1	-0,019	0,190	1,000	-0,55	0,52
	3	-5,187*	0,236	0,000	-5,85	-4,52
	4	1,147*	0,275	0,001	0,37	1,92
3	1	5,168*	0,244	0,000	4,48	5,85
	2	5,187*	0,236	0,000	4,52	5,85
	4	6,333*	0,314	0,000	5,45	7,22
4	1	-1,166*	0,281	0,001	-1,96	-0,37
	2	-1,147*	0,275	0,001	-1,92	-0,37
	3	-6,333*	0,314	0,000	-7,22	-5,45

Примечание: * - средняя разность значима на уровне 0,05.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 6

Результаты факторного анализа количественных значений шкал «Низонжеровский опросник оценки поведения детей» и «ЕвроАДАД»

Таблица 337 – Оценка пригодности данных для выполнения факторного анализа
(все пациенты)

№	Параметры факторного анализа	Значение
1	Мера адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина	0,708
2	Критерий сферичности Бартлетта	Хи-квадрат=330,238 p=0,000

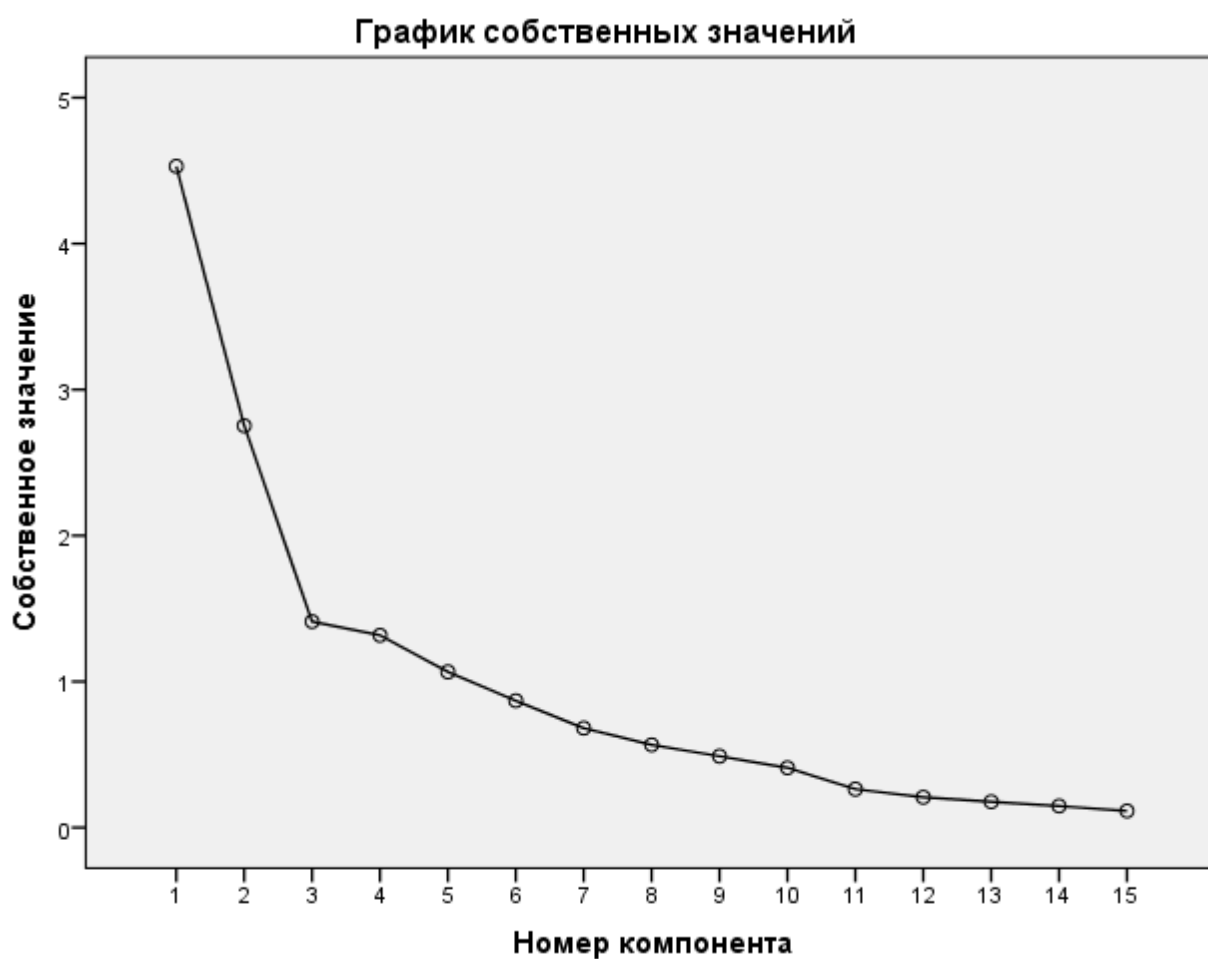


Рисунок 60. График собственных значений (все пациенты).

Таблица 338 – Объясненная совокупная дисперсия (все пациенты)

Факторы	Суммы квадратов нагрузок извлечения			Суммы квадратов нагрузок вращения		
	Всего	% дисперсии	Суммарный %	Всего	% дисперсии	Суммарный %
1	1,604	10,693	10,693	4,017	26,780	26,780
2	3,808	25,388	36,082	2,168	14,452	41,233
3	2,126	14,176	50,257	1,354	9,025	50,257

Таблица 339 – Статистическая оценка «качества подгонки», критерий согласия (все пациенты)

Хи-квадрат	ст.св.	Знач.
70,368	63	0,245

Таблица 340 – Оценка пригодности данных для выполнения факторного анализа (подгруппа употребления опиоидов с ВП)

№	Параметры факторного анализа	Значение
1	Мера адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина	0,633
2	Критерий сферичности Бартлетта	Хи-квадрат=332,922 p=0,000

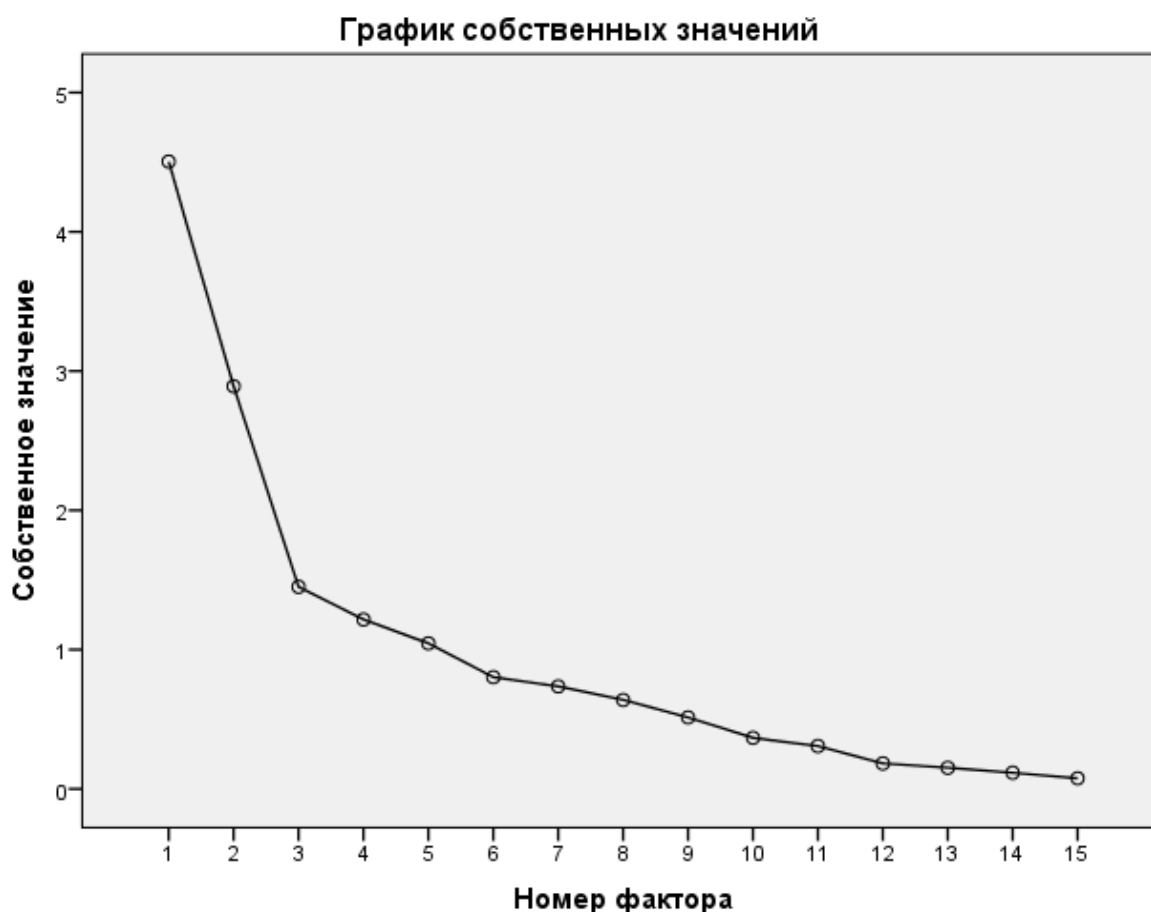


Рисунок 61. График собственных значений (подгруппа употребления опиоидов с ВП).

Таблица 341 – Объясненная совокупная дисперсия (подгруппа употребления опиоидов с ВП)

Факторы	Суммы квадратов нагрузок извлечения			Суммы квадратов нагрузок вращения		
	Всего	% дисперсии	Суммарный %	Всего	% дисперсии	Суммарный %
1	4,127	27,514	27,514	3,964	26,427	26,427
2	2,303	15,350	42,864	2,448	16,318	42,745
3	1,064	7,096	49,960	1,082	7,214	49,960

Таблица 342 – Статистическая оценка «качества подгонки», критерий согласия (подгруппа употребления опиоидов с ВП)

Хи-квадрат	ст.св.	Знач.
86,283	63	0,027

Таблица 343 – Оценка пригодности данных для выполнения факторного анализа
(подгруппа употребления летучих растворителей с ВП)

№	Параметры факторного анализа	Значение
1	Мера адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина	0,710
2	Критерий сферичности Бартлетта	Хи-квадрат=655,527 p=0,000

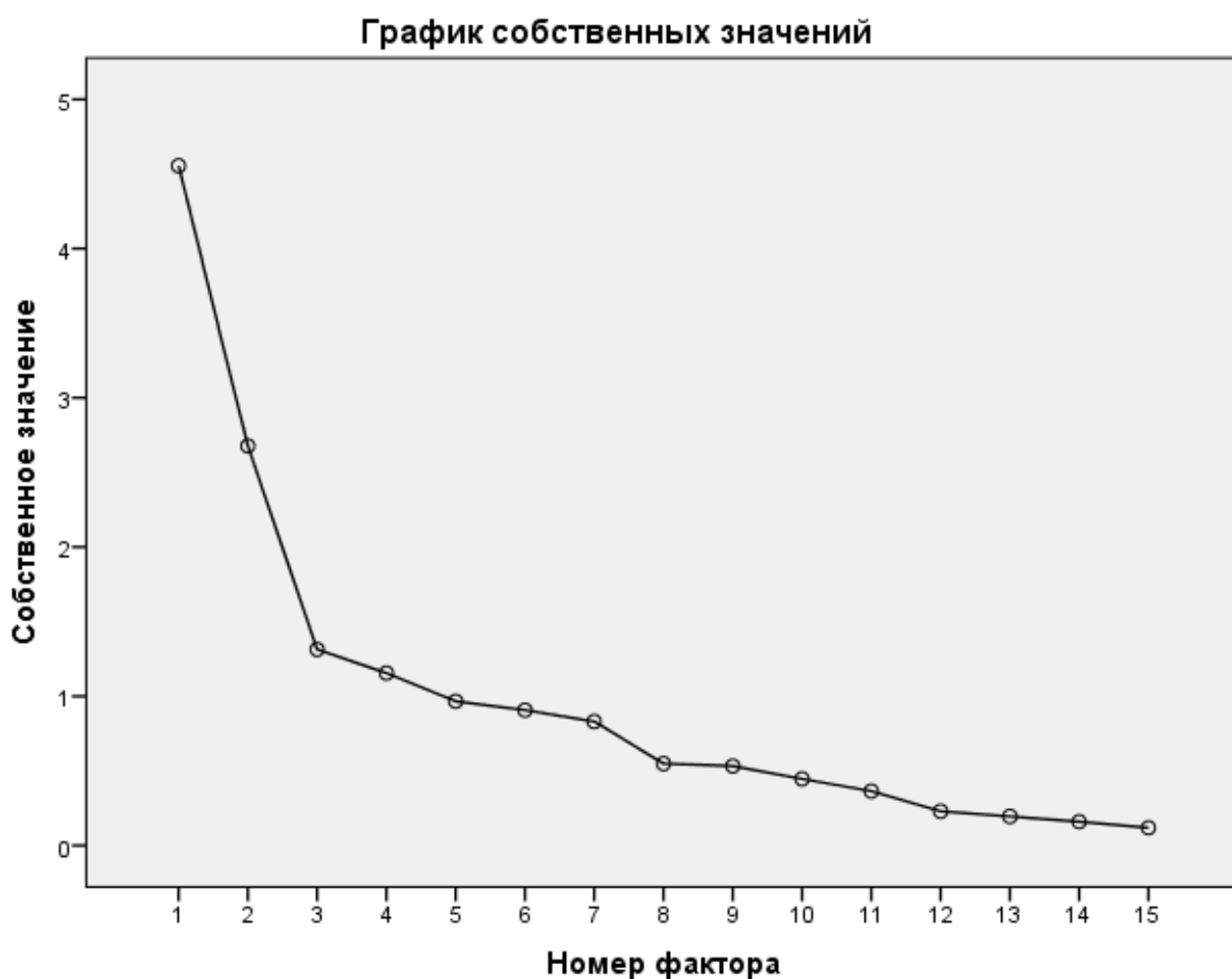


Рисунок 62. График собственных значений (подгруппа употребления летучих растворителей с ВП).

Таблица 344 – Объясненная совокупная дисперсия
(подгруппа употребления летучих растворителей с ВП)

Факторы	Суммы квадратов нагрузок извлечения			Суммы квадратов нагрузок вращения		
	Всего	% дисперсии	Суммарный %	Всего	% дисперсии	Суммарный %
1	2,388	15,917	15,917	3,245	21,631	21,631
2	2,947	19,646	35,563	2,036	13,574	35,204
3	1,868	12,455	48,017	1,922	12,813	48,017

Таблица 345 – Статистическая оценка «качества подгонки», критерий согласия
(подгруппа употребления летучих растворителей с ВП)

Хи-квадрат	ст.св.	Знач.
135,787	63	0,000

Таблица 346 – Оценка пригодности данных для выполнения факторного анализа
(подгруппа употребления алкоголя с ВП)

№	Параметры факторного анализа	Значение
1	Мера адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина	0,722
2	Критерий сферичности Бартлетта	Хи-квадрат=331,338 p=0,000

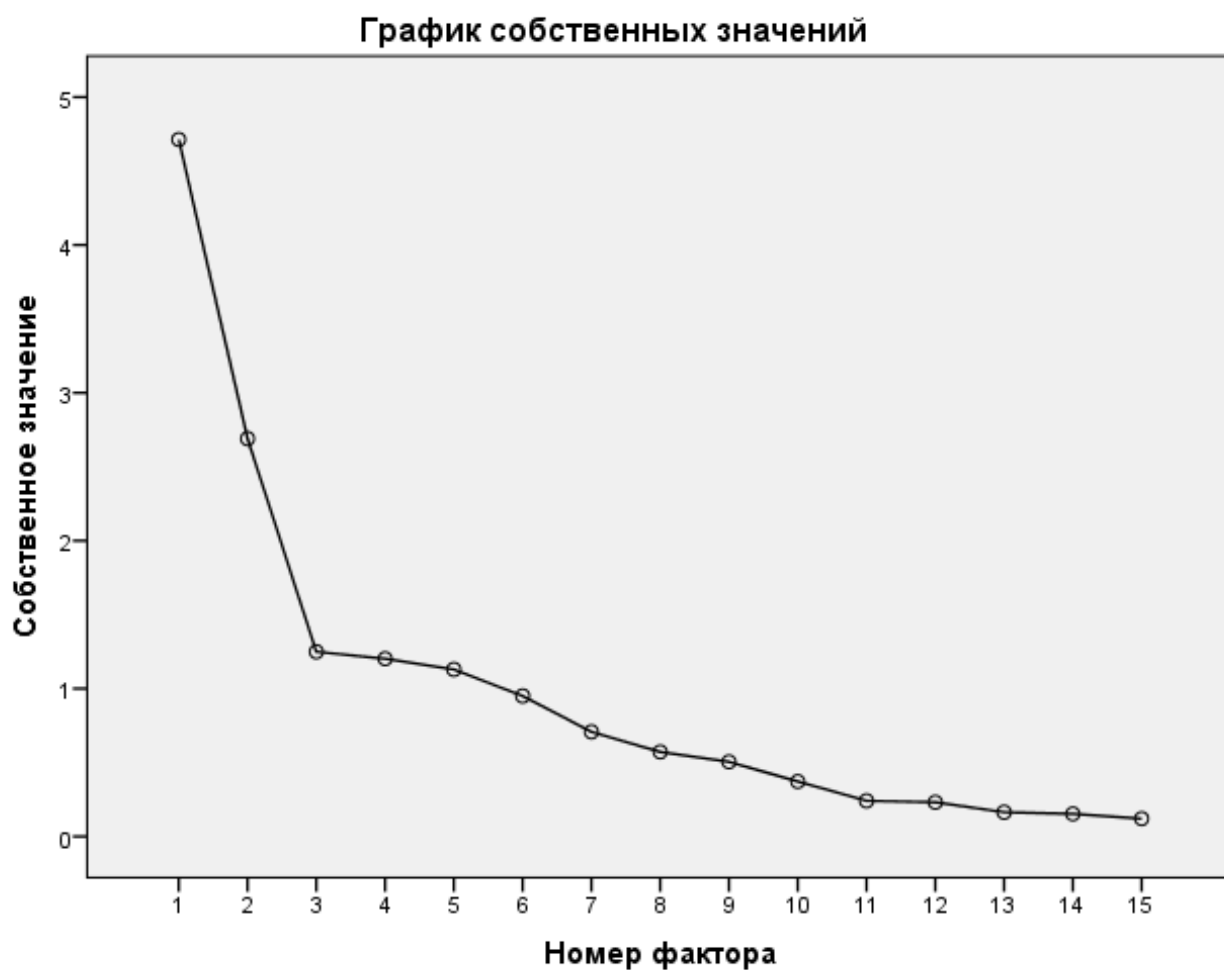


Рисунок 63. График собственных значений (подгруппа употребления алкоголя с ВП).

Таблица 347 – Объясненная совокупная дисперсия Рисунок 6.2. График собственных значений (подгруппа употребления алкоголя с ВП)

Факторы	Суммы квадратов нагрузок извлечения			Суммы квадратов нагрузок вращения		
	Всего	% дисперсии	Суммарный %	Всего	% дисперсии	Суммарный %
1	2,515	16,770	16,770	3,505	23,366	23,366
2	2,975	19,831	36,601	2,112	14,082	37,448
3	1,970	13,130	49,731	1,842	12,283	49,731

Таблица 348 – Статистическая оценка «качества подгонки», критерий согласия
(подгруппа употребления алкоголя с ВП)

Хи-квадрат	ст.св.	Знач.
70,872	63	0,232

Таблица 349 – Оценка пригодности данных для выполнения факторного анализа
(подгруппа употребления стимуляторов с ВП)

№	Параметры факторного анализа	Значение
1	Мера адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина	0,755
2	Критерий сферичности Бартлетта	Хи-квадрат=538,583 p=0,000

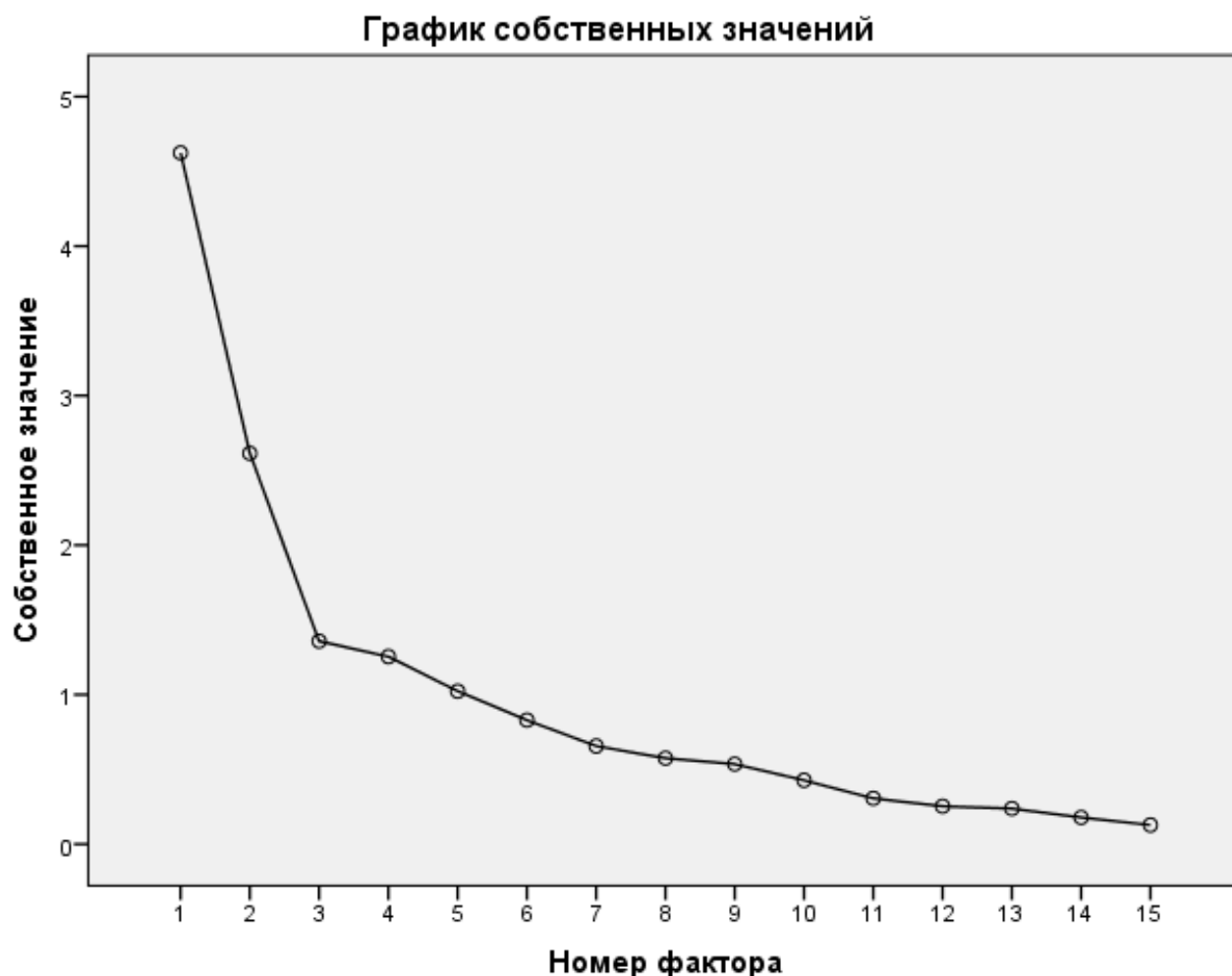


Рисунок 64. График собственных значений (подгруппа употребления стимуляторов с ВП).

Таблица 350 – Объясненная совокупная дисперсия
(подгруппа употребления стимуляторов с ВП)

Факторы	Суммы квадратов нагрузок извлечения			Суммы квадратов нагрузок вращения		
	Всего	% дисперсии	Суммарный %	Всего	% дисперсии	Суммарный %
1	4,160	27,736	27,736	3,184	21,228	21,228
2	2,063	13,755	41,491	2,039	13,592	34,820
3	,929	6,196	47,687	1,930	12,867	47,687

Таблица 351 – Статистическая оценка «качества подгонки», критерий согласия
(подгруппа употребления стимуляторов с ВП)

Хи-квадрат	ст.св.	Знач.
102,874	63	0,001

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Приложение 7.1. Статистическая обработка результатов опросника

«Индекс жизненного стиля»

Таблица 352 – Данные о нормальности распределения шкал

«Индекса жизненного стиля» (основная группа)

Шкалы	Среднее значение и стандартная ошибка	Асимметрия и стандартная ошибка	Экссесс и стандартная ошибка
Отрицание	78,30±1,218	-1,026±0,142	-0,018±0,284
Вытеснение	76,10±1,541	-1,398±0,142	0,814±0,284
Регрессия	78,36±1,511	-1,616±0,142	1,560±0,284
Компенсация	74,45±1,534	-1,047±0,142	-0,101±0,284
Проекция	66,89±1,680	-,505±0,142	-1,117±0,284
Замещение	78,05±1,582	-1,297±0,142	0,510±0,284
Интеллектуализация	66,60±1,487	-,763±0,142	-0,464±0,284
Реактивные образования	72,04±1,649	-1,019±0,142	-0,215±0,284
Общая напряженность	49,54±0,694	-,291±0,142	-0,577±0,284

Таблица 353 – Данные о нормальности распределения шкал

«Индекса жизненного стиля» (группа сравнения)

Шкалы	Среднее значение и стандартная ошибка	Асимметрия и стандартная ошибка	Экссесс и стандартная ошибка
Отрицание	77,04±4,926	-1,557±0,472	1,694±0,918
Вытеснение	71,25±5,870	-1,171±0,472	0,600±0,918
Регрессия	85,71±4,836	-2,584±0,472	6,821±0,918
Компенсация	78,25±5,414	-1,380±0,472	0,318±0,918
Проекция	77,83±4,798	-1,377±0,472	1,169±0,918
Замещение	83,88±3,792	-1,177±0,472	-0,010±0,918
Интеллектуализация	62,17±5,921	-0,286±0,472	-1,108±0,918
Реактивные образования	75,21±5,463	-1,188±0,472	0,322±0,918
Общая напряженность	52,46±2,594	-0,532±0,472	-0,348±0,918

Таблица 354 – Данные о нормальности распределения шкал
«Индекса жизненного стиля» (контрольная группа)

Шкалы	Среднее значение и стандартная ошибка	Асимметрия и стандартная ошибка	Экссесс и стандартная ошибка
Отрицание	67,89±1,304	-0,676±0,132	-0,452±0,263
Вытеснение	46,93±1,632	0,042±0,132	-1,296±0,263
Регрессия	63,62±2,589	1,603±0,132	1,281±0,263
Компенсация	67,23±1,507	-0,710±0,132	-0,773±0,263
Проекция	48,73±1,499	0,092±0,132	-1,103±0,263
Замещение	55,95±1,476	-0,039±0,132	-1,172±0,263
Интеллектуализация	55,17±1,458	-0,278±0,132	-1,093±0,263
Реактивные образования	54,16±1,596	-0,122±0,132	-1,266±0,263
Общая напряженность	36,96±0,492	0,191±0,132	1,441±0,263

Таблица 355 – Коэффициенты ρ ранговой корреляции Спирмена шкал
«Индекса жизненного стиля» (все пациенты)

	О	В	Р	К	П	З	И	РО
О	1,000	0,231*	-0,104	0,249*	0,136*	-0,169*	0,270*	0,266*
В		1,000	0,291*	0,162*	0,272*	0,220*	0,303*	0,244*
Р			1,000	0,439*	0,410*	0,705*	0,026	0,193*
К				1,000	0,416*	0,351*	0,258*	0,292*
П					1,000	0,401*	0,441*	0,343*
З						1,000	0,032	0,227*
И							1,000	0,297*

Примечание:

О – отрицание; В – вытеснение; Р – регрессия; К – компенсация; П – проекция; З – замещение;
И – интеллектуализация; РО – реактивные образования.

выделены жирным шрифтом только умеренные и сильные корреляционные связи

* – корреляционные связи статистически значимы ($p < 0,05$)

Таблица 356 – Коэффициенты ρ ранговой корреляции Спирмена шкал
«Индекса жизненного стиля» (мальчики-подростки)

	О	В	Р	К	П	З	И	РО
О	1,000	0,316*	0,331*	0,469*	0,301*	0,140	0,209*	0,430*
В		1,000	0,375*	0,067	0,222*	0,322*	0,256*	0,184*
Р			1,000	0,487*	0,526*	0,720*	0,158	0,239*
К				1,000	0,638*	0,414*	0,262*	0,466*
П					1,000	0,445*	0,396*	0,356*
З						1,000	0,130	0,202*
И							1,000	0,162

Примечание:

О – отрицание; В – вытеснение; Р – регрессия; К – компенсация; П – проекция; З – замещение;
И – интеллектуализация; РО – реактивные образования.

выделены жирным шрифтом только умеренные и сильные корреляционные связи

* – корреляционные связи статистически значимы ($p < 0,05$)

Таблица 357 – Коэффициенты ρ ранговой корреляции Спирмена шкал
«Индекса жизненного стиля» (девочки-подростки)

	О	В	Р	К	П	З	И	РО
О	1,000	0,161	-0,282*	0,194*	0,067	-0,293*	0,399*	0,327*
В		1,000	0,229*	0,230*	0,345*	0,115	0,356*	0,314*
Р			1,000	0,355*	0,233*	0,628*	-0,132	-0,070
К				1,000	0,199*	0,203	0,240*	0,081
П					1,000	0,309*	0,455*	0,279*
З						1,000	-0,112	0,082
И							1,000	0,418*

Примечание:

О – отрицание; В – вытеснение; Р – регрессия; К – компенсация; П – проекция; З – замещение;
И – интеллектуализация; РО – реактивные образования.

выделены жирным шрифтом только умеренные и сильные корреляционные связи

* – корреляционные связи статистически значимы ($p < 0,05$)

Таблица 358 – Коэффициенты ρ ранговой корреляции Спирмена шкал «Индекса жизненного стиля» (пациенты, употребляющие опиоиды с ВП)

	О	В	Р	К	П	З	И	РО
О	1,000	0,165	-0,013	0,255*	0,152	-0,074	0,526*	0,439*
В		1,000	0,597*	0,492*	0,336*	0,400*	0,371*	0,224*
Р			1,000	0,585*	0,512*	0,778*	0,173	0,354*
К				1,000	0,476*	0,595*	0,425*	0,530*
П					1,000	0,529*	0,588*	0,339*
З						1,000	0,224*	0,367*
И							1,000	0,419*

Примечание:

О – отрицание; В – вытеснение; Р – регрессия; К – компенсация; П – проекция; З – замещение; И – интеллектуализация; РО – реактивные образования.

выделены жирным шрифтом только умеренные и сильные корреляционные связи

* – корреляционные связи статистически значимы ($p < 0,05$)

Таблица 359 – Коэффициенты ρ ранговой корреляции Спирмена шкал «Индекса жизненного стиля» (пациенты, употребляющие летучие растворители с ВП)

	О	В	Р	К	П	З	И	РО
О	1,000	0,229*	-0,125	0,218*	0,155	-0,067	0,224*	0,145
В		1,000	0,149	-0,198*	0,174	0,157	0,204*	0,332*
Р			1,000	0,143	0,211*	0,633*	-0,046	-0,033
К				1,000	0,290*	0,133	0,258*	0,171
П					1,000	0,381*	0,438*	0,347*
З						1,000	0,026	0,178
И							1,000	0,409*

Примечание:

О – отрицание; В – вытеснение; Р – регрессия; К – компенсация; П – проекция; З – замещение; И – интеллектуализация; РО – реактивные образования.

выделены жирным шрифтом только умеренные и сильные корреляционные связи

* – корреляционные связи статистически значимы ($p < 0,05$)

Таблица 360 – Коэффициенты ρ ранговой корреляции Спирмена шкал
«Индекса жизненного стиля» (пациенты, употребляющие алкоголь с ВП)

	О	В	Р	К	П	З	И	РО
О	1,000	0,097	-0,252	0,061	-0,144	-0,471*	0,225	0,034
В		1,000	0,246	0,502*	0,434*	0,048	0,442*	0,025
Р			1,000	0,656*	0,494*	0,933*	-0,163	0,197
К				1,000	0,476*	0,537*	0,087	-0,148
П					1,000	0,354*	0,260	0,241
З						1,000	-0,376*	0,164
И							1,000	-0,216

Примечание:

О – отрицание; В – вытеснение; Р – регрессия; К – компенсация; П – проекция; З – замещение;
И – интеллектуализация; РО – реактивные образования.

выделены жирным шрифтом только умеренные и сильные корреляционные связи

* – корреляционные связи статистически значимы ($p < 0,05$)

Таблица 361 – Коэффициенты ρ ранговой корреляции Спирмена шкал
«Индекса жизненного стиля» (пациенты, употребляющие стимуляторы с ВП)

	О	В	Р	К	П	З	И	РО
О	1,000	0,497*	-0,325	-0,203	-0,125	-0,191	-0,107	0,172
В		1,000	-0,504*	-0,351*	-0,264	0,018	0,212	-0,136
Р			1,000	0,311	0,561*	0,017	0,449*	0,505*
К				1,000	0,086	0,140	-0,248	0,295
П					1,000	0,007	0,071	0,024
З						1,000	-0,223	-0,027
И							1,000	0,292

Примечание:

О – отрицание; В – вытеснение; Р – регрессия; К – компенсация; П – проекция; З – замещение;
И – интеллектуализация; РО – реактивные образования.

выделены жирным шрифтом только умеренные и сильные корреляционные связи

* – корреляционные связи статистически значимы ($p < 0,05$)

Приложение 7.2. Статистическая обработка результатов опросника «Копинг-тест»

Таблица 362 – Данные о нормальности распределения шкал «Копинг-теста»
(основная группа)

Шкалы	Среднее значение и стандартная ошибка	Асимметрия и стандартная ошибка	Экссесс и стандартная ошибка
Отрицание	58,73±0,826	-0,282±0,142	-0,050±0,284
Вытеснение	56,71±0,580	-0,177±0,142	-0,518±0,284
Регрессия	47,79±0,539	0,256±0,142	0,064±0,284
Компенсация	49,51±0,672	-0,844±0,142	0,824±0,284
Проекция	50,76±0,625	-0,178±0,142	-0,431±0,284
Замещение	56,61±0,669	0,324±0,142	-0,162±0,284
Интеллектуализация	46,86±0,601	-0,448±0,142	0,033±0,284
Реактивные образования	47,81±0,540	-0,371±0,142	-0,745±0,284

Таблица 363 – Данные о нормальности распределения шкал «Копинг-теста»
(группа сравнения)

Шкалы	Среднее значение и стандартная ошибка	Асимметрия и стандартная ошибка	Экссесс и стандартная ошибка
Отрицание	60,18±0,518	-0,096±0,136	0,195±0,271
Вытеснение	57,91±0,567	0,063±0,136	-0,423±0,271
Регрессия	48,55±0,521	0,048±0,136	-0,070±0,271
Компенсация	55,00±0,492	-0,416±0,136	0,330±0,271
Проекция	56,82±0,520	-0,318±0,136	-0,171±0,271
Замещение	64,09±0,543	0,259±0,136	0,945±0,271
Интеллектуализация	52,27±0,524	-0,441±0,136	-0,048±0,271
Реактивные образования	49,82±0,547	-0,059±0,136	-0,345±0,271

Таблица 364 – Данные о нормальности распределения шкал «Копинг-теста»
(контрольная группа)

Шкалы	Среднее значение и стандартная ошибка	Асимметрия и стандартная ошибка	Экссесс и стандартная ошибка
Отрицание	51,95±1,054	-0,847±0,357	0,942±0,702
Вытеснение	49,65±1,512	-0,897±0,357	0,929±0,702
Регрессия	44,90±1,715	-0,704±0,357	0,998±0,702
Компенсация	49,82±1,455	-0,904±0,357	0,931±0,702
Проекция	48,47±0,986	-0,652±0,357	-0,139±0,702
Замещение	50,32±1,338	-0,963±0,357	0,529±0,702
Интеллектуализация	49,52±1,490	-0,713±0,357	-0,674±0,702
Реактивные образования	47,62±1,361	-0,436±0,357	-0,154±0,702

Приложение 7.3. Статистическая обработка результатов «Теста руки»

Таблица 365 – Данные о нормальности распределения шкал «Теста руки»

Шкалы	Среднее значение и стандартная ошибка	Асимметрия и стандартная ошибка	Экссесс и стандартная ошибка
Агрессия (Agg)	3,06±0,113	0,952±0,153	1,181±0,304
Директивность (Dir)	2,00±0,083	0,505±0,153	0,608±0,304
Аффектация (Aff)	1,41±0,097	1,456±0,153	1,666±0,304
Коммуникация (Com)	2,41±0,103	0,699±0,153	0,124±0,304
Зависимость (Dep)	1,16±0,076	1,430±0,153	2,180±0,304
Страх (F)	0,16±0,026	2,691±0,153	3,894±0,304
Выразительность (Ex)	1,00±0,078	1,189±0,153	0,811±0,304
Калечность (Crip)	0,55±0,049	1,997±0,153	2,753±0,304
Описание (Des)	0,55±0,053	1,401±0,153	0,926±0,304
Напряжение (Ten)	0,88±0,068	1,275±0,153	1,006±0,304
Активные безличные ответы (Act)	4,47±0,177	0,381±0,153	0,490±0,304
Пассивные безличные ответы (Pas)	0,53±0,052	1,697±0,153	2,333±0,304
Фантазии (Bas)	0,02±0,009	2,971±0,153	4,959±0,304
Отказ от ответа (Fail)	0,29±0,044	2,711±0,153	7,093±0,304

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Приложение 8.1. Результаты факторного анализа пунктов «Опросника мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ»

Таблица 366 – Оценка пригодности данных для выполнения факторного анализа.

№	Параметры факторного анализа	Значение
1	Мера адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина	0,916
2	Критерий сферичности Бартлетта	Хи-квадрат=3630,642 p=0,000

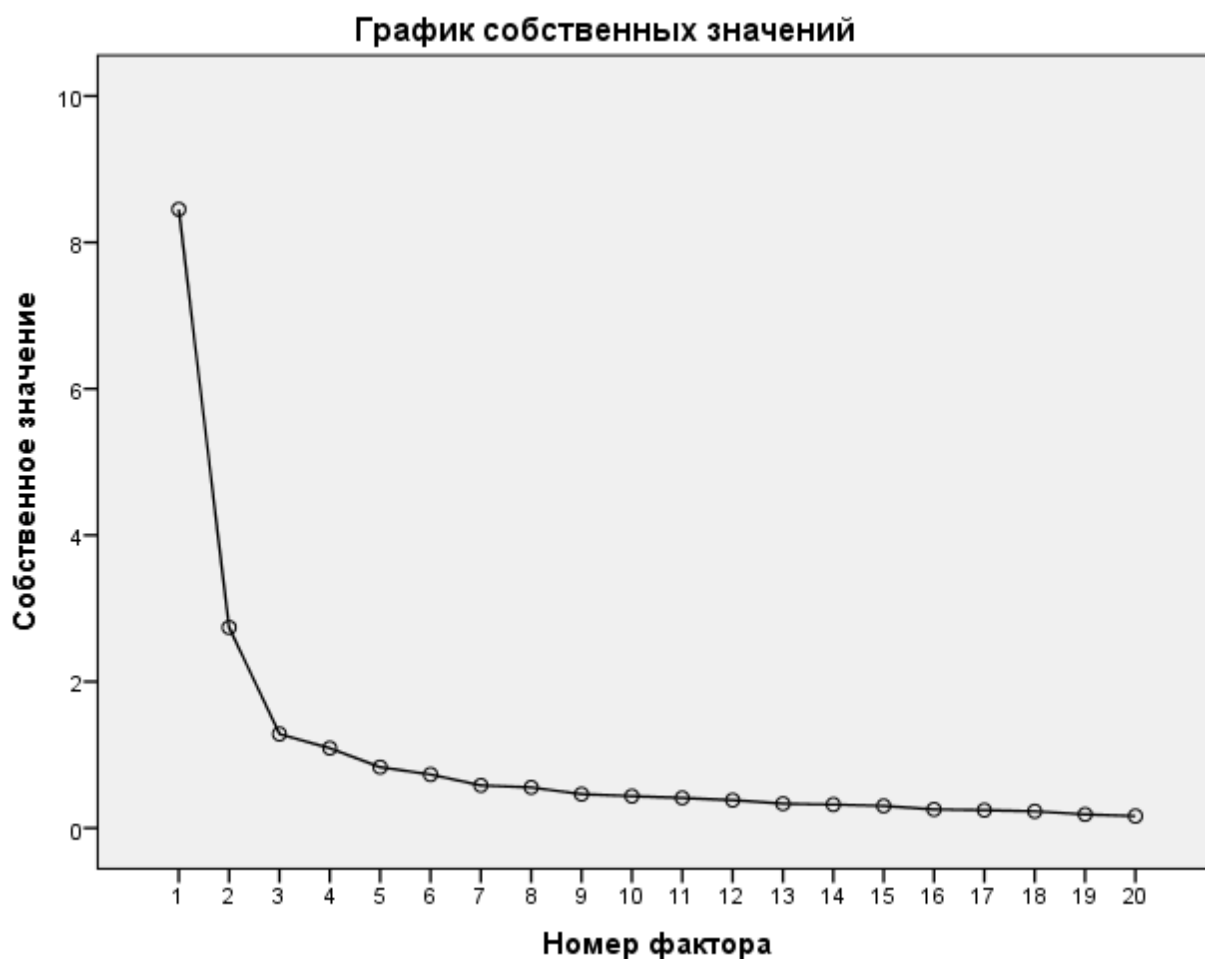


Рисунок 65. График собственных значений факторов (факторный анализ пунктов «Опросника мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ»).

Таблица 367 – Объясненная совокупная дисперсия (факторный анализ пунктов «Опросника мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ»)

Факторы	Суммы квадратов нагрузок извлечения			Суммы квадратов загрузок вращения		
	Всего	% дисперсии	Суммарный %	Всего	% дисперсии	Суммарный %
1	8,096	40,481	40,481	3,451	17,254	17,254
2	2,137	10,684	51,165	3,213	16,065	33,319
3	0,866	4,332	55,496	3,027	15,133	48,452
4	0,869	4,334	59,840	2,278	11,388	59,840

**Приложение 8.2. Данные о нормальном распределении шкал «Опросника
мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ»**

Таблица 368 – Данные о нормальном распределении шкал «Опросника мотивов
употребления алкоголя/психоактивных веществ»

Шкалы	Среднее значение и стандартная ошибка	Асимметрия и стандартная ошибка	Эксцесс и стандартная ошибка
«Социальные мотивы»	9,25±0,191	0,516±0,142	-0,678±0,284
«Копинг-мотивы»	12,20±0,255	-0,254±0,142	-0,989±0,284
«Мотивы стимуляции»	10,59±0,204	0,312±0,142	-0,496±0,284
«Комформные мотивы»	7,95±0,131	0,910±0,142	1,376±0,284

**Приложение 8.3. Изучение надежности (внутренней согласованности) шкал
«Опросника мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ»**

Таблица 369 – Средние значения пунктов шкалы «Социальные мотивы»

пункт	№ пункта опросника	Диапазон баллов	Среднее значение	Стандартное отклонение	Стандартная ошибка
Потому что это помогает Вам наслаждаться вечеринкой?	3	1-3	1,72	0,719	0,042
Чтобы быть общительным?	5	1-4	2,23	0,955	0,056
Так как это делает встречи веселее?	11	1-3	1,75	0,678	0,040
Поскольку при этом лучше проводятся вечеринки и праздники?	14	1-4	1,81	0,770	0,045
Для того, чтобы отметить какое-то событие с друзьями?	16	1-4	1,74	0,747	0,044

Таблица 370 – Статистика пунктов шкалы «Социальные мотивы» по отношению к итогам

вопросы	Масштабиров. среднее при искл. элемента	Масштабиров. дисперсия при искл. элемента	Исправленная корр. между элементом и итогом	α Кронбаха при исключении элемента
Потому что это помогает Вам наслаждаться вечеринкой?	7,53	7,147	0,765	0,863
Чтобы быть общительным?	7,02	6,219	0,730	0,877
Так как это делает встречи веселее?	7,50	7,443	0,731	0,871
Поскольку при этом лучше проводятся вечеринки и праздники?	7,44	6,946	0,755	0,864
Для того, чтобы отметить какое-то событие с друзьями?	7,52	7,107	0,739	0,868

Таблица 371 – Показатели надежности по половинному расщеплению шкалы
«Социальные мотивы»

α Кронбаха	Часть 1	Значение	0,832
		№ элемента	3
	Часть 2	Значение	0,818
		№ элемента	2
	Общее N элементов		5
Корреляция между формами			0,768
Коэффициент	Равная длина		0,869
Спирмена-Брауна	Неравная длина		0,873
Коэффициент половинного расщепления Гуттмана			0,833

Примечание:

Часть № 1. Элементы: 1) «Потому что это помогает Вам наслаждаться вечеринкой?»; 2) «Чтобы быть общительным?»; 3) «Так как это делает встречи веселее?».

Часть № 2. Элементы: 1) «Поскольку при этом лучше проводятся вечеринки и праздники?»; 2) «Для того, чтобы отметить какое-то событие с друзьями?».

Таблица 372 – Средние значения пунктов шкалы «Копинг-мотивы»

пункт	№ пункта опрос- ника	Диа- пазон бал- лов	Среднее значение	Стан- дартное откло- нение	Стан- дартная ошибка
Для того, чтобы забыть неприятности?	1	1-5	2,34	1,027	0,060
Потому что это помогает Вам, когда Вы подавлены или взволнованы?	4	1-5	2,53	1,071	0,063
Для того, чтобы не падать духом, когда Вы находитесь в плохом настроении?	6	1-5	2,31	0,951	0,056
Потому что Вы чувствуете более уверенным в себе?	15	1-5	2,51	0,971	0,056
Для того, чтобы забыть о своих проблемах?	17	1-5	2,62	1,064	0,062

Таблица 373 – Статистика пунктов шкалы «Копинг-мотивы» по отношению к
итогам

пункт	Масшта- биров. среднее при искл. элемента	Масшта- биров. дисперсия при искл. элемента	Исправ- ленная корреляция между элементом и итогом	α Кронбаха при исключении элемента
Для того, чтобы забыть неприятности?	9,97	12,718	0,793	0,901
Потому что это помогает Вам, когда Вы подавлены или взволнованы?	9,78	12,615	0,765	0,907
Для того, чтобы не падать духом, когда Вы находитесь в плохом настроении?	10,00	13,257	0,783	0,903
Потому что Вы чувствуете более уверенным в себе?	9,80	13,050	0,797	0,900
Для того, чтобы забыть о своих проблемах?	9,69	12,298	0,824	0,894

Таблица 374 – Показатели надежности по половинному расщеплению шкалы
«Копинг-мотивы»

α Кронбаха	Часть 1	Значение	0,858
		№ элемента	3
	Часть 2	Значение	0,839
		№ элемента	2
	Общее N элементов		5
Корреляция между формами			0,858
Коэффициент	Равная длина		0,924
Спирмена-Брауна	Неравная длина		0,926
Коэффициент половинного расщепления Гуттмана			0,893

Примечание:

Часть № 1. Элементы: 1) «Для того, чтобы забыть неприятности?»; 2) «Потому что это помогает Вам, когда Вы подавлены или взволнованы?»; 3) «Для того, чтобы не падать духом, когда Вы находитесь в плохом настроении?».

Часть № 2. Элементы: 1) «Потому что Вы чувствуете более уверенным в себе?»; 2) «Для того, чтобы забыть о своих проблемах?».

Таблица 375 – Средние значения пунктов шкалы «Мотивы стимуляции»

пункт	№ пункта опрос- ника	Диа- пазон бал- лов	Среднее значение	Стан- дартное откло- нение	Стан- дартная ошибка
Потому что Вам нравится чувство опьянения?	7	1-5	1,97	0,867	0,055
Потому что это стимулирует?	9	1-5	2,35	0,874	0,049
Для улучшения самочувствия?	10	1-5	2,25	0,877	0,051
Потому что это вызывает приятное ощущение?	13	1-4	2,19	0,778	0,045
Потому что при этом весело?	18	1-5	1,92	0,790	0,050

Таблица 376 – Статистика пунктов шкалы «Мотивы стимуляции» по отношению к
итогам

пункт	Масшта- биров. среднее при искл. элемента	Масшта- биров. дисперсия при искл. элемента	Исправ- ленная корреляция между элементом и итогом	α Кронбаха при исключении элемента
Потому что Вам нравится чувство опьянения?	8,71	7,974	0,733	0,871
Потому что это стимулирует?	8,32	7,876	0,749	0,868
Для улучшения самочувствия?	8,43	7,780	0,769	0,863
Потому что это вызывает приятное ощущение?	8,49	8,579	0,687	0,881
Потому что при этом весело?	8,76	8,253	0,758	0,866

Таблица 377 – Показатели надежности по половинному расщеплению шкалы
«Мотивы стимуляции»

α Кронбаха	Часть 1	Значение	0,846
		№ элемента	3
	Часть 2	Значение	0,745
		№ элемента	2
	Общее N элементов		
Корреляция между формами			0,798
Коэффициент	Равная длина		0,887
Спирмена-Брауна	Неравная длина		0,891
Коэффициент половинного расщепления Гуттмана			0,830

Примечание:

Часть № 1. Элементы: 1) «Потому что Вам нравится чувство опьянения?»; 2) «Потому что это стимулирует?»; 3) «Для улучшения самочувствия?».

Часть № 2. Элементы: 1) «Потому что это вызывает приятное ощущение?»; 2) «Потому что при этом весело?».

Таблица 378 – Средние значения шкалы «Комфортные мотивы»

пункт	№ пункта опрос- ника	Диа- пазон бал- лов	Среднее значение	Стан- дартное откло- нение	Стан- дартная ошибка
Потому что Ваши друзья оказывают на Вас давление?	2	1-4	1,73	0,625	0,037
Чтобы другие не шутили над тобой из-за того, что я не употребляю алкоголь (наркотики)?	8	1-4	1,67	0,742	0,043
Вы употребляете алкоголь (наркотики) для того, чтобы вписаться в компанию, которая тебе нравится?	12	1-4	1,56	0,657	0,038
Для того, чтобы тебя нравиться другим?	19	1-3	1,62	0,593	0,035
Чтобы не отличаться от других?	20	1-4	1,60	0,587	0,034

Таблица 379 – Статистика пунктов шкалы «Комформные мотивы» по отношению к итогам

пункт	Масштабиров. среднее при искл. элемента	Масштабиров. дисперсия при искл. элемента	Исправленная корреляция между элементом и итогом	α Кронбаха при исключении элемента
Потому что Ваши друзья оказывают на Вас давление?	6,45	3,735	0,431	0,734
Чтобы другие не шутили надо мной из-за того, что я не употребляю алкоголь (наркотики)?	6,51	3,251	0,510	0,710
Вы употребляете алкоголь (наркотики) для того, чтобы вписаться в компанию, которая тебе нравится?	6,62	3,388	0,557	0,689
Для того, чтобы тебя нравиться другим?	6,55	3,597	0,541	0,696
Чтобы не отличаться от других?	6,58	3,601	0,549	0,694

Таблица 380 – Показатели надежности по половинному расщеплению шкалы «Комформные мотивы»

α Кронбаха	Часть 1	Значение	0,626
		№ элемента	3
	Часть 2	Значение	0,639
		№ элемента	2
	Общее N элементов		
Корреляция между формами			0,575
Коэффициент Спирмена-Брауна	Равная длина		0,731
	Неравная длина		0,737
Коэффициент половинного расщепления Гуттмана			0,692

Примечание: Часть № 1. Элементы: 1) «Потому что Ваши друзья оказывают на Вас давление?»; 2) «Чтобы другие не шутили надо мной из-за того, что я не употребляю алкоголь (наркотики)?»; 3) «Вы употребляете алкоголь (наркотики) для того, чтобы вписаться в компанию, которая тебе нравится?».

Часть № 2. Элементы: 1) «Для того, чтобы тебя нравиться другим?»; 2) «Чтобы не отличаться от других?».

Приложение 8.4. Результаты дискриминантного анализа значения шкал «Опросника употребления алкоголя/психоактивных веществ»

Таблица 381 – Критерии равенства групповых средних

№	шкала	λ Уилкса	F	p
1	«Социальные мотивы»	0,691	125,061	0,000
2	«Копинг-мотивы»	0,403	415,219	0,000
3	«Мотивы стимуляции»	0,505	274,259	0,000
4	«Комформные мотивы»	0,951	14,568	0,000

Таблица 382 – Введенные и удаленные переменные

шаг	введено	λ Уилкса		
		Статистика	Точное F	
			Статистика	p
1	«Копинг-мотивы»	0,403	415,219	0,000
2	«Мотивы стимуляции»	0,320	296,677	0,000
3	«Комформные мотивы»	0,313	202,925	0,000

Пояснение к таблице: на каждом шаге вводится переменная, минимизирующая общую λ Уилкса; максимальное число шагов равно 8; минимальное частное F для ввода – 3,84; максимальное частное F для удаления – 2,71.

Таблица 383 – Переменные, вошедшие в анализ

Шаг	Толерантность	F для удаления	λ Уилкса
1 «Копинг-мотивы»	1,000	415,219	
2 «Копинг-мотивы»	0,974	161,695	0,505
«Мотивы стимуляции»	0,974	72,342	0,403
3 «Копинг-мотивы»	0,817	161,212	0,495
«Мотивы стимуляции»	0,972	68,037	0,390
«Комформные мотивы»	0,839	5,612	0,320

Таблица 384 – Переменные, не вошедшие в анализ

	Толерантность	F для ввода	λ Уилкса
0 «Социальные мотивы»	1,000	125,061	0,691
«Копинг-мотивы»	1,000	415,219	0,403
«Мотивы стимуляции»	1,000	274,259	0,505
«Комформные мотивы»	1,000	14,568	0,951
1 «Социальные мотивы»	0,925	13,646	0,384
«Мотивы стимуляции»	0,974	72,342	0,320
«Комформные мотивы»	0,840	8,959	0,390
2 «Социальные мотивы»	0,770	0,043	0,320
«Комформные мотивы»	0,839	5,612	0,313
3 «Социальные мотивы»	0,769	0,769	0,313

Таблица 385 – Данные о канонической дискриминантной функции

Собственное значение	2,190
% дисперсии	100,0
Суммарная %	100,0
Каноническая корреляция	0,829
λ Уилкса	0,313
χ^2	323,052
P	0,000
Коэффициенты канонической дискриминантной функции	
«Копинг-мотивы»	0,809
«Мотивы стимуляции»	- 0,543
«Комформные мотивы»	- 0,185

**Приложение 8.5. Различия шкал «Опросника мотивов употребления
алкоголя/психоактивных веществ» при разных видах употребляемых ПАВ**

Таблица 386 – Межгрупповое сравнение

шкалы		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.
«Соци- альные мотивы»	Между группами	111,394	3	37,131	3,545	0,015
	Внутри групп	2911,911	278	10,474		
	Всего	3023,305	281			
«Копинг- мотивы»	Между группами	234,079	3	78,026	4,203	0,006
	Внутри групп	5160,960	278	18,565		
	Всего	5395,039	281			
«Мотивы стимуля- ции»	Между группами	189,429	3	63,143	5,403	0,001
	Внутри групп	3248,971	278	11,687		
	Всего	3438,401	281			
«Ком- формные мотивы»	Между группами	9,233	3	3,078	0,604	0,613
	Внутри групп	1415,679	278	5,092		
	Всего	1424,911	281			

Таблица 387 – Критерий однородности дисперсии Ливиня

	Статистика Ливиня	ст.св.1	ст.св.2	Знач.
«Социальные мотивы»	2,220	3	278	0,086
«Копинг-мотивы»	0,865	3	278	0,460
«Мотивы стимуляции»	0,470	3	278	0,704
«Комформные мотивы»	1,034	3	278	0,378

Таблица 388 – Результаты попарного сравнения групп по шкалам опросника
«Опросника мотивов употребления алкоголя/психоактивных веществ»

Зависимая переменная	(I) клиниче- скаягру- ппа	(J) клиниче- скаягру- ппа	Средняя разность (I-J)	Средне- квадр. ош.	Знач.	95% доверительный интервал	
						Нижняя граница	Верхняя граница
«Социаль- ные мотивы»	1	2	0,237	0,492	0,972	-1,15	1,62
		3	-1,433	0,554	0,085	-2,99	0,13
		4	-0,624	0,570	0,753	-2,23	0,98
	2	1	-0,237	0,492	0,972	-1,62	1,15
		3	-1,670*	0,550	0,028	-3,22	-0,12
		4	-0,861	0,566	0,511	-2,45	0,73
	3	1	1,433	0,554	0,085	-0,13	2,99
		2	1,670*	0,550	0,028	0,12	3,22
		4	0,809	0,621	0,638	-0,94	2,55
	4	1	0,624	0,570	0,753	-0,98	2,23
		2	0,861	0,566	0,511	-0,73	2,45
		3	-0,809	0,621	0,638	-2,55	0,94
«Копинг- мотивы»	1	2	-0,316	0,655	0,972	-2,16	1,53
		3	1,566	0,738	0,214	-0,51	3,64
		4	1,818	0,759	0,127	-0,32	3,95
	2	1	0,316	0,655	0,972	-1,53	2,16
		3	1,881	0,733	0,088	-0,18	3,94
		4	2,134*	0,754	0,048	0,01	4,25
	3	1	-1,566	0,738	0,214	-3,64	0,51
		2	-1,881	0,733	0,088	-3,94	0,18
		4	0,252	0,826	0,993	-2,07	2,58
	4	1	-1,818	0,759	0,127	-3,95	0,32
		2	-2,134*	0,754	0,048	-4,25	-0,01
		3	-0,252	0,826	0,993	-2,58	2,07

Продолжение таблицы 388

«Мотивы стимуляции»	1	2	0,358	0,520	0,924	-1,10	1,82
		3	-1,590	0,585	0,063	-3,24	0,06
		4	-1,335	0,602	0,180	-3,03	0,36
	2	1	-0,358	0,520	0,924	-1,82	1,10
		3	-1,948*	0,581	0,012	-3,58	-0,31
		4	-1,693*	0,598	0,048	-3,38	-0,01
	3	1	1,590	0,585	0,063	-0,06	3,24
		2	1,948*	0,581	0,012	0,31	3,58
		4	0,254	0,656	0,985	-1,59	2,10
	4	1	1,335	0,602	0,180	-0,36	3,03
		2	1,693*	0,598	0,048	0,01	3,38
		3	-0,254	0,656	0,985	-2,10	1,59
«Комфортные мотивы»	1	2	-0,231	0,343	0,929	-1,20	0,73
		3	0,192	0,386	0,969	-0,89	1,28
		4	-0,298	0,397	0,905	-1,42	0,82
	2	1	0,231	0,343	0,929	-0,73	1,20
		3	0,423	0,384	0,749	-0,66	1,50
		4	-0,067	0,395	0,999	-1,18	1,04
	3	1	-0,192	0,386	0,969	-1,28	0,89
		2	-0,423	0,384	0,749	-1,50	0,66
		4	-0,491	0,433	0,733	-1,71	0,73
	4	1	0,298	0,397	0,905	-0,82	1,42
		2	0,067	0,395	0,999	-1,04	1,18
		3	0,491	0,433	0,733	-0,73	1,71

Примечание:

* – средняя разность значима на уровне 0.05;

1 – употребление опиоидов с ВП;

2 – употребление летучих растворителей с ВП;

3 – употребление алкоголя с ВП;

4 – употребление стимуляторов с ВП.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

Приложение 9.1. Статистическая обработка результатов методики «Подростки о родителях»

Таблица 389 – Данные о нормальном распределении шкал «Подростки о родителях» (оценка отношения матерей)

Шкалы	Среднее значение и стандартная ошибка	Асимметрия и стандартная ошибка	Эксцесс и стандартная ошибка
Позитивный интерес	2,55±0,065	0,264±0,134	-0,829±0,268
Директивность	3,48±0,064	-0,323±0,134	-0,782±0,268
Враждебность	4,11±0,050	-0,803±0,134	-0,173±0,268
Автономность	3,52±0,074	-0,351±0,134	-0,969±0,268
Непоследовательность	3,68±0,043	-0,122±0,134	-0,230±0,268

Таблица 390 – Данные о нормальном распределении шкал «Подростки о родителях» (оценка отношения отцов)

Шкалы	Среднее значение и стандартная ошибка	Асимметрия и стандартная ошибка	Эксцесс и стандартная ошибка
Позитивный интерес	2,58±0,141	-0,050±0,283	-0,939±0,559
Директивность	3,33±0,156	-0,644±0,283	-0,753±0,559
Враждебность	4,00±0,128	-0,811±0,283	-0,634±0,559
Автономность	3,67±0,163	-0,554±0,283	-0,970±0,559
Непоследовательность	3,75±0,071	0,151±0,283	-0,469±0,559

Приложение 9.2. Однофакторный дисперсионный анализ шкал «Подростки о родителях» при употреблении разных ПАВ

Таблица 391 – Межгрупповое различие дисперсий шкал «Подростки о родителях»

шкалы		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.
Позитивный интерес	Между группами	28,403	3	9,468	7,255	0,000
	Внутри групп	425,416	326	1,305		
	Всего	453,818	329			
Директивность	Между группами	18,293	3	6,098	4,600	0,004
	Внутри групп	432,098	326	1,325		
	Всего	450,391	329			
Враждебность	Между группами	13,410	3	4,470	5,634	0,001
	Внутри групп	258,662	326	0,793		
	Всего	272,073	329			
Автономность	Между группами	12,605	3	4,202	3,346	0,043
	Внутри групп	583,785	326	1,591		
	Всего	596,391	329			
Непоследова- тельность	Между группами	9,759	3	3,253	5,425	0,001
	Внутри групп	195,465	326	0,600		
	Всего	205,224	329			

Таблица 392 – Критерий однородности дисперсий шкал «Подростки о родителях»

шкалы	Статистика Ливиня	ст.св.1	ст.св.2	Знач.
Позитивный интерес	13,416	3	326	0,000
Директивность	6,576	3	326	0,000
Враждебность	0,472	3	326	0,702
Автономность	6,848	3	326	0,000
Непоследовательность	3,592	3	326	0,014

Таблица 393 – Множественное сравнение значений шкалы «Позитивный интерес» в зависимости от вида употребляемого ПАВ (метод Т2 Тамхейма)

(I) group	(J) group	Средняя разность (I-J)	Средне- квадратичная ошибка	Знач.	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	-0,058	0,162	1,000	-0,49	0,37
	3	0,455*	0,168	0,044	0,01	0,90
	4	0,727*	0,173	0,000	0,26	1,19
2	1	0,058	0,162	1,000	-0,37	0,49
	3	0,513*	0,163	0,012	0,08	0,95
	4	0,786*	0,168	0,000	0,33	1,24
3	1	-0,455*	0,168	0,044	-0,90	-0,01
	2	-0,513*	0,163	0,012	-0,95	-0,08
	4	0,273	0,174	0,534	-0,19	0,74
4	1	-0,727*	0,173	0,000	-1,19	-0,26
	2	-0,786*	0,168	0,000	-1,24	-0,33
	3	-0,273	0,174	0,534	-0,74	0,19

Примечание: *- средняя разность значима на уровне 0,05.

Таблица 394 – Множественное сравнение значений шкалы «Директивность» в зависимости от вида употребляемого ПАВ (метод Т2 Тамхейма)

(I) group	(J) group	Средняя разность (I-J)	Средне- квадратичная ошибка	Знач.	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	0,372	0,157	0,040	-0,04	0,79
	3	-0,030	0,192	1,000	-0,54	0,48
	4	-0,381	0,160	0,106	-0,81	0,05
2	1	-0,372	0,157	0,040	-0,79	0,04
	3	-0,403	0,194	0,021	-0,92	0,11
	4	-0,753*	0,162	0,000	-1,19	-0,32
3	1	0,030	0,192	1,000	-0,48	0,54
	2	0,403	0,194	0,021	-0,11	0,92
	4	-0,350	0,196	0,378	-0,87	0,17
4	1	0,381	0,160	0,106	-0,05	0,81
	2	0,753*	0,162	0,000	0,32	1,19
	3	0,350	0,196	0,378	-0,17	0,87

Примечание: * - средняя разность значима на уровне 0.05.

Таблица 395 – Множественное сравнение значений шкалы «Враждебность» в зависимости от вида употребляемого ПАВ (метод Шеффе)

(I) group	(J) group	Средняя разность (I-J)	Среднеквадратичная ошибка	Знач.	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	0,071	0,124	0,954	-0,28	0,42
	3	-0,273	0,134	0,250	-0,65	0,10
	4	-0,500*	0,150	0,012	-0,92	-0,08
2	1	-0,071	0,124	0,954	-0,42	0,28
	3	-0,344	0,147	0,040	-0,76	0,07
	4	-0,571*	0,161	0,006	-1,02	-0,12
3	1	0,273	0,134	0,250	-0,10	0,65
	2	0,344	0,147	0,040	-0,07	0,76
	4	-0,227	0,169	0,613	-0,70	0,25
4	1	0,500*	0,150	0,012	0,08	0,92
	2	0,571*	0,161	0,006	0,12	1,02
	3	0,227	0,169	0,613	-0,25	0,70

Примечание: * - средняя разность значима на уровне 0.05.

Таблица 396 – Множественное сравнение значений шкалы «Автономность» в зависимости от вида употребляемого ПАВ (метод T2 Тамхейма)

(I) group	(J) group	Средняя разность (I-J)	Среднеквадратичная ошибка	Знач.	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	0,185	0,177	0,880	-0,29	0,66
	3	0,227	0,225	0,896	-0,37	0,83
	4	0,593*	0,204	0,027	0,04	1,14
2	1	-0,185	0,177	0,880	-0,66	0,29
	3	0,042	0,232	1,000	-0,58	0,66
	4	0,408	0,212	0,299	-0,16	0,98
3	1	-0,227	0,225	0,896	-0,83	0,37
	2	-0,042	0,232	1,000	-0,66	0,58
	4	0,366	0,253	0,628	-0,31	1,04
4	1	-0,593*	0,204	0,027	-1,14	-0,04
	2	-0,408	0,212	0,299	-0,98	0,16
	3	-0,366	0,253	0,628	-1,04	0,31

Примечание: * - средняя разность значима на уровне 0.05.

Таблица 397 – Множественное сравнение значений шкалы
«Непоследовательность» в зависимости от вида употребляемого ПАВ
(метод T2 Тамхейма)

(I) group	(J) group	Средняя разность (I-J)	Среднеквадрат ичная ошибка	Знач.	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	-0,064	0,117	0,995	-0,37	0,25
	3	0,409 [*]	0,098	0,000	0,15	0,67
	4	0,049	0,131	0,999	-0,30	0,40
2	1	0,064	0,117	0,995	-0,25	0,37
	3	0,473 [*]	0,110	0,000	0,18	0,77
	4	0,113	0,140	0,962	-0,26	0,49
3	1	-0,409 [*]	0,098	0,000	-0,67	-0,15
	2	-0,473 [*]	0,110	0,000	-0,77	-0,18
	4	-0,360 [*]	0,124	0,029	-0,70	-0,02
4	1	-0,049	0,131	0,999	-0,40	0,30
	2	-0,113	0,140	0,962	-0,49	0,26
	3	0,360 [*]	0,124	0,029	0,02	0,70

Примечание:

* - средняя разность значима на уровне 0.05.

1 – подгруппа употребления опиоидов с ВП;

2 – подгруппа употребления летучих растворителей с ВП;

3 – подгруппа употребление алкоголя с ВП;

4 – подгруппа употребления стимуляторов с ВП.

ПРИЛОЖЕНИЕ 10

Анализ главных компонент переменных шкалы «ЕвроАДАД», механизмы психологической защиты, типы совладающего поведения и типы отношения к болезни у ВИЧ-инфицированных подростков с РП и употреблением ПАВ

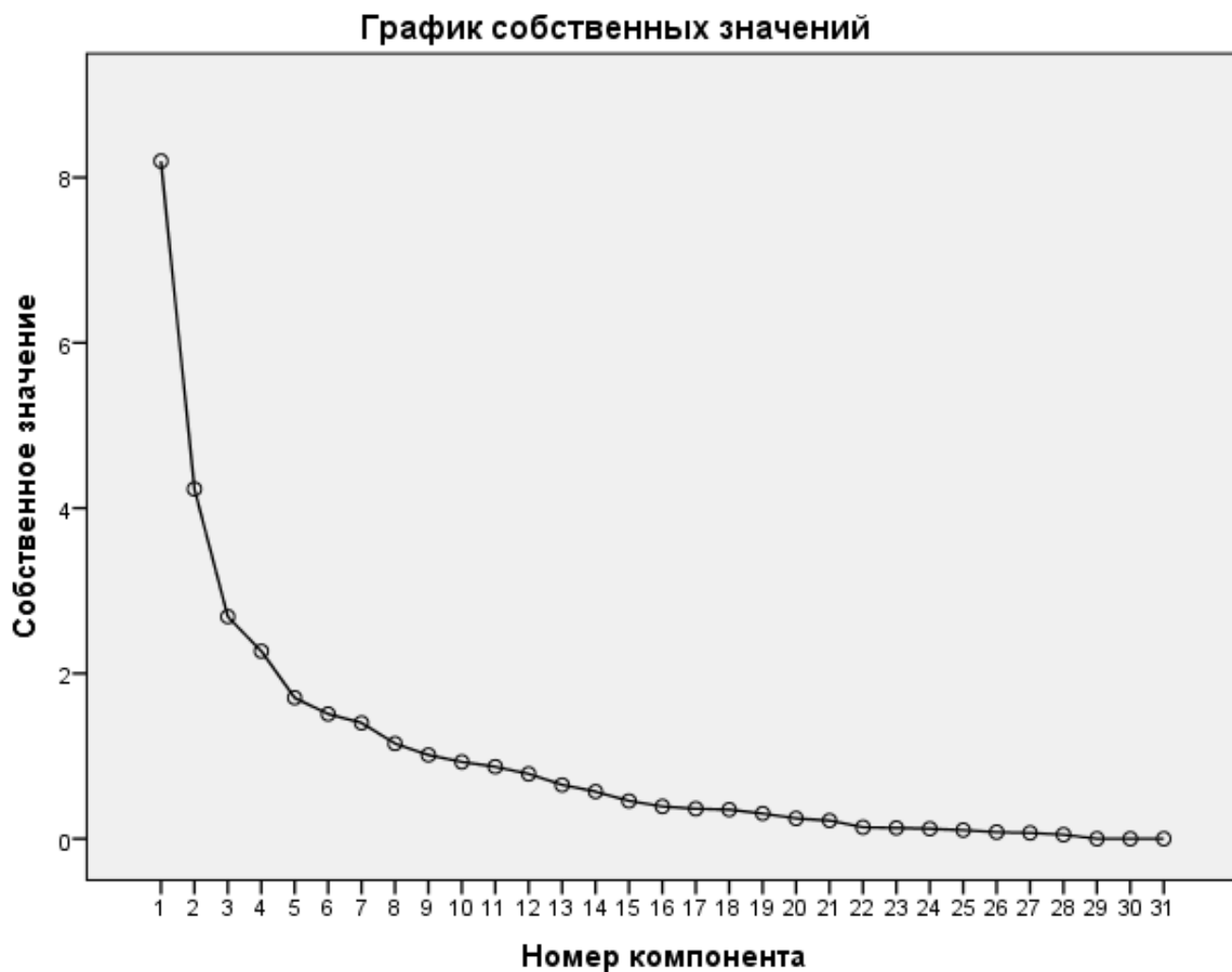


Рисунок 66. График собственных значений (Анализ главных компонент переменных шкалы «ЕвроАДАД», механизмы психологической защиты, типы совладающего поведения и типы отношения к болезни у ВИЧ-инфицированных подростков с РП и употреблением ПАВ).

Таблица 398 – Объясненная совокупность дисперсия выделенных главных компонент

Суммарный %	Начальные собственные значения			Суммы квадратов нагрузок извлечения		
	Всего	% дисперсии	Суммарный %	Всего	% дисперсии	Суммарный %
1	8,198	26,446	26,446	8,198	26,446	26,446
2	4,231	13,648	40,094	4,231	13,648	40,094
3	2,686	8,666	48,760	2,686	8,666	48,760
4	2,270	7,321	56,081			
5	1,705	5,500	61,581			
6	1,509	4,867	66,448			
7	1,402	4,522	70,970			
8	1,151	3,714	74,683			
9	1,014	3,270	77,953			
10	0,929	2,996	80,949			
11	0,871	2,810	83,760			
12	0,785	2,531	86,291			
13	0,651	2,101	88,392			
14	0,570	1,839	90,231			
15	0,458	1,476	91,707			
16	0,391	1,262	92,969			
17	0,363	1,171	94,140			
18	0,352	1,134	95,274			
19	0,305	0,984	96,258			
20	0,246	0,794	97,052			
21	0,221	0,712	97,764			
22	0,138	0,445	98,209			
23	0,131	0,421	98,630			
24	0,121	0,390	99,020			
25	0,104	0,337	99,357			
26	0,079	0,256	99,614			
27	0,071	0,228	99,841			
28	0,049	0,159	100,000			
29	4,442E-16	1,433E-15	100,000			
30	5,440E-17	1,755E-16	100,000			
31	-8,372E-16	-2,701E-15	100,000			

ПРИЛОЖЕНИЕ 11

Приложение 11.1. Результаты однофакторного дисперсионного анализа рейтинга тяжести до интервенции

Таблица 399 – Результаты однофакторного дисперсионного анализа рейтинга
тяжести шкал «ЕвроАДАД» до интервенции

шкалы		Сумма квадра- тов	ст.св.	Сред- ний квадрат	F	Знач.
Физическое здоровье/болезнь	Между группами	0,142	2	0,071	0,113	0,893
	Внутри групп	87,746	140	0,627		
	Всего	87,888	142			
Школьное обучение/зая- тость	Между группами	0,152	2	0,076	0,045	0,956
	Внутри групп	237,750	140	1,698		
	Всего	237,902	142			
Общественное поведение	Между группами	0,045	2	0,022	0,024	0,976
	Внутри групп	129,256	140	0,923		
	Всего	129,301	142			
Семейные взаимоотноше- ния	Между группами	0,818	2	0,409	0,282	0,754
	Внутри групп	202,916	140	1,449		
	Всего	203,734	142			
Психическая адаптация/психо- патология	Между группами	1,653	2	0,827	0,672	0,512
	Внутри групп	172,263	140	1,230		
	Всего	173,916	142			
Противоправные действия	Между группами	0,601	2	0,300	0,211	0,810
	Внутри групп	199,469	140	1,425		
	Всего	200,070	142			
Употребление наркотиков	Между группами	0,702	2	0,351	0,271	0,763
	Внутри групп	181,759	140	1,298		
	Всего	182,462	142			
Употребление алкоголя	Между группами	2,655	2	1,327	1,636	0,198
	Внутри групп	113,555	140	0,811		
	Всего	116,210	142			

Таблица 400 – Критерий однородности дисперсий групп до интервенции

Шкалы	Статистика Ливиня	ст.св.1	ст.св.2	Знач.
Физическое здоровье/болезнь	0,269	2	140	0,764
Школьное обучение/занятость	0,106	2	140	0,899
Общественное поведение	0,719	2	140	0,489
Семейные взаимоотношения	0,182	2	140	0,834
Психическая адаптация/психопатология	0,121	2	140	0,886
Противоправные действия	0,126	2	140	0,882
Употребление наркотиков	0,982	2	140	0,377
Употребление алкоголя	1,665	2	140	0,193

Таблица 401 – Результаты множественного сравнения рейтинга тяжести между группами до интервенции (метод Шеффе)

Зависимая переменная	(I) групп	(J) групп	Средняя разность (I-J)	Средне-квадратичная ошибка	Знач.	95% доверительный интервал	
						Нижняя граница	Верхняя граница
Физическое здоровье/болезнь	1	2	-0,072	0,159	0,903	-0,47	0,32
		3	-0,048	0,169	0,960	-0,47	0,37
	2	1	0,072	0,159	0,903	-0,32	0,47
		3	0,024	0,193	0,993	-0,45	0,50
	3	1	0,048	0,169	0,960	-0,37	0,47
		2	-0,024	0,193	0,993	-0,50	0,45
Школьное обучение/занятость	1	2	-0,078	0,262	0,956	-0,73	0,57
		3	-0,020	0,278	0,997	-0,71	0,67
	2	1	0,078	0,262	0,956	-0,57	0,73
		3	0,058	0,317	0,983	-0,73	0,84
	3	1	0,020	0,278	0,997	-0,67	0,71
		2	-0,058	0,317	0,983	-0,84	0,73
Общественное поведение	1	2	-0,043	0,193	0,976	-0,52	0,44
		3	-0,015	0,205	0,997	-0,52	0,49
	2	1	0,043	0,193	0,976	-0,44	0,52
		3	0,028	0,234	0,993	-0,55	0,61
	3	1	0,015	0,205	0,997	-0,49	0,52
		2	-0,028	0,234	0,993	-0,61	0,55

Продолжение таблицы 401

Семейные взаимо- отношения	1	2	-0,128	0,242	0,870	-0,73	0,47
		3	-0,173	0,257	0,798	-0,81	0,46
	2	1	0,128	0,242	0,870	-0,47	0,73
		3	-0,045	0,293	0,988	-0,77	0,68
	3	1	0,173	0,257	0,798	-0,46	0,81
		2	0,045	0,293	0,988	-0,68	0,77
Психическая адаптация/ психопато- логия	1	2	0,119	0,223	0,868	-0,43	0,67
		3	-0,193	0,237	0,719	-0,78	0,39
	2	1	-0,119	0,223	0,868	-0,67	0,43
		3	-0,311	0,270	0,516	-0,98	0,36
	3	1	0,193	0,237	0,719	-0,39	0,78
		2	0,311	0,270	0,516	-0,36	0,98
Противо- правные действия	1	2	-0,129	0,240	0,865	-0,72	0,46
		3	-0,131	0,255	0,877	-0,76	0,50
	2	1	0,129	0,240	0,865	-0,46	0,72
		3	-0,002	0,291	1,000	-0,72	0,72
	3	1	0,131	0,255	0,877	-0,50	0,76
		2	0,002	0,291	1,000	-0,72	0,72
Употребле- ние наркотиков	1	2	0,157	0,229	0,790	-0,41	0,72
		3	-0,008	0,243	0,999	-0,61	0,59
	2	1	-0,157	0,229	0,790	-0,72	0,41
		3	-0,166	0,277	0,837	-0,85	0,52
	3	1	0,008	0,243	0,999	-0,59	0,61
		2	0,166	0,277	0,837	-0,52	0,85
Употребле- ние алкоголя	1	2	0,311	0,181	0,233	-0,14	0,76
		3	0,207	0,192	0,562	-0,27	0,68
	2	1	-0,311	0,181	0,233	-0,76	0,14
		3	-0,104	0,219	0,894	-0,65	0,44
	3	1	-0,207	0,192	0,562	-0,68	0,27
		2	0,104	0,219	0,894	-0,44	0,65

Примечание:

1 – группа НИК

2 – группа КПТ

3 – группа КПМ

Приложение 11.2. Результаты однофакторного дисперсионного анализа рейтинга тяжести после интервенции

Таблица 402 – Результаты однофакторного дисперсионного анализа рейтинга
тяжести шкал «ЕвроАДАД» после интервенции

шкалы		Сумма квадра- тов	ст.св.	Сред- ний квадрат	F	Знач.
Физическое здоровье/болезнь	Между группами	2,041	2	1,021	1,233	0,295
	Внутри групп	115,875	140	0,828		
	Всего	117,916	142			
Школьное обучение/заня- тость	Между группами	0,187	2	0,094	0,071	0,932
	Внутри групп	184,792	140	1,320		
	Всего	184,979	142			
Общественное поведение	Между группами	45,074	2	22,537	33,248	0,000
	Внутри групп	94,898	140	0,678		
	Всего	139,972	142			
Семейные взаимоотноше- ния	Между группами	10,494	2	5,247	4,899	0,009
	Внутри групп	149,940	140	1,071		
	Всего	160,434	142			
Психическая адаптация/психо- патология	Между группами	17,187	2	8,593	6,538	0,002
	Внутри групп	184,016	140	1,314		
	Всего	201,203	142			
Противоправные действия	Между группами	89,566	2	44,783	23,610	0,000
	Внутри групп	265,553	140	1,897		
	Всего	355,119	142			
Употребление наркотиков	Между группами	50,802	2	25,401	22,953	0,000
	Внутри групп	154,932	140	1,107		
	Всего	205,734	142			
Употребление алкоголя	Между группами	0,088	2	0,044	0,113	0,894
	Внутри групп	54,891	140	0,392		
	Всего	54,979	142			

Таблица 403 – Критерий однородности дисперсий групп после интервенции

Шкалы	Статистика Ливиня	ст.св.1	ст.св.2	Знач.
Физическое здоровье/болезнь	0,923	2	140	0,400
Школьное обучение/занятость	0,564	2	140	0,570
Общественное поведение	7,072	2	140	0,001
Семейные взаимоотношения	1,024	2	140	0,362
Психическая адаптация/психопатология	1,115	2	140	0,331
Противоправные действия	4,508	2	140	0,013
Употребление наркотиков	2,731	2	140	0,069
Употребление алкоголя	0,184	2	140	0,832

Таблица 404 – Результаты множественного сравнения рейтинга тяжести между группами после интервенции (метод Шеффе)

Зависимая переменная	(I) групп	(J) групп	Средняя разность (I-J)	Средне-квадратичная ошибка	Знач.	95% доверительный интервал	
						Нижняя граница	Верхняя граница
Физическое здоровье/болезнь	1	2	0,097	0,183	0,870	-0,36	0,55
		3	0,305	0,194	0,295	-0,18	0,79
	2	1	-0,097	0,183	0,870	-0,55	0,36
		3	0,208	0,222	0,643	-0,34	0,76
	3	1	-0,305	0,194	0,295	-0,79	0,18
		2	-0,208	0,222	0,643	-0,76	0,34
Школьное обучение/занятость	1	2	-0,086	0,231	0,932	-0,66	0,48
		3	-0,019	0,245	0,997	-0,63	0,59
	2	1	0,086	0,231	0,932	-0,48	0,66
		3	0,067	0,280	0,972	-0,62	0,76
	3	1	0,019	0,245	0,997	-0,59	0,63
		2	-0,067	0,280	0,972	-0,76	0,62
Общественное поведение	1	2	1,088*	0,152	0,000	0,71	1,46
		3	1,165*	0,219	0,000	0,62	1,71
	2	1	-1,088*	0,152	0,000	-1,46	-0,71
		3	0,078	0,244	0,985	-0,52	0,68
	3	1	-1,165*	0,219	0,000	-1,71	-0,62
		2	-0,078	0,244	0,985	-0,68	0,52

Продолжение таблицы 404

Семейные взаимо- отношения	1	2	0,024	0,208	0,993	-0,49	0,54
		3	0,665 [*]	0,221	0,012	0,12	1,21
	2	1	-0,024	0,208	0,993	-0,54	0,49
		3	0,641 [*]	0,252	0,042	0,02	1,26
	3	1	-0,665 [*]	0,221	0,012	-1,21	-0,12
		2	-0,641 [*]	0,252	0,042	-1,26	-0,02
Психическая адаптация/ психопато- логия	1	2	0,754 [*]	0,230	0,006	0,18	1,32
		3	0,606 [*]	0,245	0,047	0,00	1,21
	2	1	-0,754 [*]	0,230	0,006	-1,32	-0,18
		3	-0,148	0,279	0,869	-0,84	0,54
	3	1	-0,606 [*]	0,245	0,047	-1,21	0,00
		2	0,148	0,279	0,869	-0,54	0,84
Противо- правные действия	1	2	1,590 [*]	0,268	0,000	0,94	2,24
		3	1,578 [*]	0,275	0,000	0,91	2,25
	2	1	-1,590 [*]	0,268	0,000	-2,24	-0,94
		3	-0,012	0,294	1,000	-0,73	0,71
	3	1	-1,578 [*]	0,275	0,000	-2,25	-0,91
		2	0,012	0,294	1,000	-0,71	0,73
Употребле- ние наркотиков	1	2	1,207 [*]	0,211	0,000	0,68	1,73
		3	1,177 [*]	0,225	0,000	0,62	1,73
	2	1	-1,207 [*]	0,211	0,000	-1,73	-0,68
		3	-0,030	0,256	0,993	-0,66	0,60
	3	1	-1,177 [*]	0,225	0,000	-1,73	-0,62
		2	0,030	0,256	0,993	-0,60	0,66
Употребле- ние алкоголя	1	2	0,033	0,126	0,967	-0,28	0,34
		3	-0,040	0,134	0,957	-0,37	0,29
	2	1	-0,033	0,126	0,967	-0,34	0,28
		3	-0,072	0,152	0,894	-0,45	0,30
	3	1	0,040	0,134	0,957	-0,29	0,37
		2	0,072	0,152	0,894	-0,30	0,45

Примечание:

1 – группа НИК

2 – группа КПТ

3 – группа КПМ