

**РАДИОНОВ
ДМИТРИЙ СЕРГЕЕВИЧ**

**КЛИНИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ВЗАИМОСВЯЗИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ И УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ**

3.1.17. Психиатрия и наркология (медицинские науки)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Санкт–Петербург
2026

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор **Караваяева Татьяна Артуровна**

Официальные оппоненты: Асадуллин Азат Раилевич – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Абриталин Евгений Юрьевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии с клиникой Института медицинского образования федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ведущая организация: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт–Петербургский государственный университет» Правительства Российской Федерации

Защита диссертации состоится «11» июня 2026 г. в 12:00 на заседании диссертационного совета 21.1.035.01 на базе федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России по адресу: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева» Минздрава России (адрес: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3) и на сайте: <http://bekhterev.ru>

Автореферат разослан «27» апреля 2026 г.

Ученый секретарь диссертационного совета кандидат медицинских наук

Яковлева Юлия Александровна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Сочетание тревожных расстройств и рискованного (опасного) употребления алкоголя представляет собой одну из ключевых проблем современной психиатрии и наркологии, требующую междисциплинарного подхода (Крупницкий Е.М. и др., 2005; Асадуллин А.Р. и др., 2025). Коморбидная патология приобретает особую значимость в условиях роста распространенности сочетанных психических расстройств (Петрова Н.Н. и др, 2021; Nordgaard J. et al., 2023). Исследования показывают, что распространенность тревожных расстройств составляет примерно 4,1%, в то время как расстройства, связанные с употреблением алкоголя, встречаются примерно у 1,5% населения (Незнанов Н.Г. и др., 2017; Рыбакова К.В. и др., 2021; Yang X. et al., 2019; Schield K. et al., 2020; Sanomauro D.F. et al., 2021; Rostam-Abadi Y. et al., 2024). При этом у лиц с тревожными расстройствами, как отмечают отечественные авторы, высока распространенность коморбидной патологии. (Сорокин М.Ю. и др., 2020; Мазо Г.Э. и др., 2022; Васильева А.В. и др., 2024). Так, риск формирования алкогольной зависимости в два раза выше, чем у людей, не имеющих аффективных нарушений (Петрова Н.Н., 2025; Puddephatt J.A. et al., 2022). Такая коморбидность не только усложняет клиническую картину, но и увеличивает суицидальный риск, отягощенность соматическими заболеваниями, приводя к росту социальной дезадаптации, что подчеркивает ее медико-социальную значимость (Коцюбинский А.П. и др., 2018; Абриталин Е.Ю. и др., 2021; Wiener C.D. et al., 2018; Wienand D. et al., 2024). Экономическое бремя коморбидных состояний колоссально: прямые расходы на лечение и косвенные потери из-за снижения продуктивности оцениваются в 40 миллиардов евро ежегодно (Packer L.R. et al., 2013). Однако эти цифры не отражают скрытых издержек, таких как рост семейных конфликтов, криминализации и нагрузки на систему здравоохранения. Исследования демонстрируют, что пациенты с сочетанной патологией на 60% реже достигают устойчивой ремиссии, а частота рецидивов у них втрое выше, чем при изолированных формах расстройств (Асадуллин А.Р. и др., 2020; Лутова Н.Б., 2023; Oliveira L.M. et al., 2018; Puddephatt J.A. et al., 2022; Remerswaal K.C.P. et al., 2024). Это актуализирует необходимость углубленного изучения клинко- психологических маркеров коморбидности, с фокусом на донозологические состояния, которые могли бы стать основой для персонализированных профилактических и терапевтических стратегий (Крупницкий Е.М. и др. 2025).

Степень разработанности темы исследования. Тревожные расстройства и рискованное (опасное) употребление алкоголя, как донозологический фактор риска для здоровья индивидуума, часто представляют собой сочетанные состояния, взаимно усиливающие друг друга, формируя порочный круг, снижающий вероятность ответа на терапию, качество жизни пациентов и достижение ремиссии. Несмотря на значительный прогресс в изучении взаимосвязи, механизмы, опосредующие переход от умеренного к рискованному употреблению алкоголя у пациентов с тревожными расстройствами, остаются недостаточно изученными (Boschloo L. et al., 2012). Ключевой проблемой является отсутствие единой теоретической модели, объясняющей, какие именно психологические и клинические факторы делают пациентов с тревожными расстройствами более уязвимыми к изменению уровня употребления алкоголя и последующему развитию алкогольной зависимости. Имеющиеся исследования указывают на противоречивые данные касательно клинко-динамических особенностей коморбидности и роли различных патогенетических механизмов в ее формировании, однако все больше накапливается сведений о значимой роли психологических механизмов в формировании и поддержании коморбидности. Так, в литературе указывается на роль невротизации как черты личности, связанной с эмоциональной лабильностью, а также на дефицит адаптивных копинг-стратегий (Bimstein J.G. et al., 2023). Также имеются данные об эффективности психотерапии у данной группы пациентов (Gimeno C. et al., 2017; Stapinski L.A. et al., 2021). Однако большинство работ сосредоточено на отдельных аспектах, игнорируя комплексное

взаимодействие психологических характеристик и определение мишеней для психотерапии.

Цель исследования: выявление клинических и клинико-психологических особенностей взаимосвязи тревожных расстройств и употребления алкоголя, а также определение факторов, влияющих на характер и динамику этой взаимосвязи.

Задачи исследования:

1. Выявить особенности динамики употребления алкоголя (нарастание, снижение, отказ) в зависимости от клинических проявлений различных форм тревожных расстройств.

2. Определить связь различных форм тревоги (эпизодическая и генерализованная) с рискованным (опасным) уровнем употребления алкоголя

3. Выявить клинические, клинико-психологические и социально-демографические особенности пациентов с тревожными расстройствами в зависимости от уровня употребления алкоголя, а также определить факторы (предикторы) риска развития рискованного (опасного) употребления алкоголя.

4. На основе выявленных взаимосвязей и факторов риска определить и структурировать ключевые мишени для психотерапевтического вмешательства у пациентов с тревожными расстройствами и риском увеличения уровня употребления алкоголя до рискованного (опасного).

5. На основе полученных данных и выявленных предикторов риска развития рискованного (опасного) употребления алкоголя разработать методику оценки риска развития рискованного (опасного) употребления алкоголя у пациентов с тревожными расстройствами с применением машинного обучения и программирования на основе естественно-языковых промтов.

Научная новизна. Впервые было проведено комплексное изучение клинических и клинико-психологических факторов, опосредующих взаимосвязь тревожных расстройств и уровня употребления алкоголя, а также выполнен анализ клинических особенностей тревожных расстройств и индивидуально-психологических характеристик пациентов. Были выявлены специфические паттерны употребления алкоголя у пациентов с тревожными расстройствами, разработаны критерии прогнозирования рискованного (опасного) употребления алкоголя на основе индивидуально-психологических характеристик пациентов с тревожными расстройствами. Новизна работы заключается в разработке многофакторной прогностической модели, интегрирующей личностные черты (эмоциональную возбудимость и склонность к негативным переживаниям) и поведенческие паттерны (дефицит исполнительных функций, снижение когнитивного контроля, преобладание стратегий превентивного совладания, недостаточность проактивного совладающего поведения) что позволило операционализировать критерии стратификации риска увеличения уровня употребления алкоголя до рискованного (опасного). Впервые был применен интегративный подход, сочетающий анализ структуры личности и стратегий совладания, что позволило на основании статистического анализа выделить специфические мишени для психотерапевтического воздействия, сформулировать задачи и определить мишенецентрированные методы психотерапии пациентов с тревожными расстройствами, имеющих рискованный (опасный) уровень употребления алкоголя. Впервые реализовано прогнозирование рискованного (опасного) употребления алкоголя у пациентов с тревожными расстройствами на основе персонализированной оценки, проводимой с помощью разработанного прототипа программного обеспечения (ПО) на основе методов машинного обучения и программирования на основе естественно-языковых промтов.

Теоретическая и практическая значимость. Установлены различия в уровнях употребления алкоголя в зависимости от формы тревоги, и уточнена роль клинико-психологических факторов в формировании рискованного (опасного) употребления алкоголя у пациентов с тревожными расстройствами. Выявлена прямая зависимость между уровнем употребления алкоголя, типом доминирующей тревожной симптоматики и

особенностями эмоционально-поведенческих реакций. Особое внимание в работе уделено комплексному анализу клинико-психологических механизмов, способствующих формированию рискованного (опасного) употребления алкоголя. Эти факторы формируют порочный круг взаимного усиления симптомов тревоги и аддиктивного поведения, что требует целенаправленного психотерапевтического воздействия. Выделены многоуровневые мишени для персонализированного психотерапевтического воздействия, сформулированы задачи и разработан алгоритм персонализированной терапии. На основании полученных данных и статистического анализа разработана математическая модель, позволяющая прогнозировать риск формирования рискованного (опасного) употребления алкоголя у пациентов с тревожными расстройствами. Разработана методика для персонализированной оценки риска формирования рискованного (опасного) алкоголя у пациентов с тревожными расстройствами, используя методы машинного обучения и программирования на основе естественных языковых промов. Предложены рекомендации по ранней диагностике риска опасного употребления алкоголя у пациентов с тревожными расстройствами. Результаты исследования могут быть использованы в учебно-методических программах подготовки специалистов в области медицинской психологии, психотерапии и психиатрии, а также для совершенствования клинических рекомендаций по ведению пациентов с тревожными расстройствами. Практическая значимость работы связана с верификацией принципов персонализированной медицины через создание предиктивных моделей, прогнозирующих эффективность конкретных вмешательств у разных категорий пациентов. Внедрение разработанных подходов способствует снижению рисков хронизации заболеваний, уменьшению социально-экономического бремени и повышению качества реабилитационных программ.

Методология и методы исследования. Проведение исследования, его дизайн, критерии включения и исключения, форма информированного согласия одобрены Независимым этическим комитетом ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ (протокол № ЭК-И-68/22 от 17.11.2022).

Для достижения поставленной цели и решения задач было проведено кросс-секционное исследование в три основных этапа:

Первый этап – Скрининг. Поиск потенциальных участников. Определение соответствия критериям включения и невключения. Подписание информированного согласия на участие в исследовании. На данном этапе осуществлялось формирование выборки участников на основании верифицированного диагноза. Процедура скрининга включала в себя физикальное обследование, сбор клинико-anamnestических сведений о текущем заболевании (тревожном расстройстве) и уровне употреблении алкоголя, заполнение шкал для определения наличия критериев/ невключения (для оценки тяжести суицида и суицидального риска применялась Колумбийская шкала серьезности суицидальных намерений (C-SSRS)). Пациенты, соответствующие критериям включения и подписавшие информированное согласие на участие в исследовании, были обследованы согласно протоколу.

Второй этап – Проведение обследования. Задачей данной фазы являлся сбор данных о социо-демографических характеристиках (занятость, семейное положение и др.), клинико-anamnestических характеристиках: длительность, прогрессивность, тяжесть, симптоматику и другие различные характеристики имеющегося тревожного расстройства, виде и уровне употребления алкоголя. Среднее количество употребления алкоголя за последние 3 месяца, обращение за медицинской помощью в прошлом, алкогольные психозы, ремиссии, опрос родственников, проживающих совместно с пациентом для объективизации алкогольного анамнеза. Данные были получены путем клинического интервью, самозаполнения опросников под контролем интервьюеров, заполнением шкал интервьюером при опросе участника и фиксировались в ИРК.

Третий этап - Ввод данных, обработка и анализ полученных результатов. Задачей данного этапа являлись ввод и обработка полученных данных с последующим анализом

результатов. Осуществлялся мониторинг корректности заполнения опросников при включении их результатов в электронную базу данных в таблицу Excel путем двойного ввода для контроля качества и определения ошибок ввода. Пропущенные значения были обработаны методами математико-статистической обработки. Идентифицирующая участников информация в базе данных не регистрировалась. Статистический анализ данных включал в себя определение взаимосвязи между характеристиками уровня употребления алкоголя и динамикой течения и выраженности тревожных состояний. Также задачей статистического анализа было исследование динамики коморбидной патологии.

Материалом для диссертационного исследования послужили пациенты с эпизодической тревогой (МКБ-10: F 40.0, F 40.1, F 40.2, F 41.0) и генерализованной тревогой (МКБ-10: F 41.1), которые в разной степени употребляют алкоголь, и проходившие стационарное и/или амбулаторное лечение в базе ФГБУ «Национальный исследовательский медицинский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России.

Критериями включения пациентов в исследование были следующие: возраст 18-60 лет; подписанное датированное добровольное информированное согласие на участие в исследовании; наличие подтвержденного диагноза согласно критериям МКБ-10: агорафобия, социальная фобия, специфическая (изолированная) фобия, ПР (эпизодическая пароксизмальная тревога), ГТР; отсутствие приема психофармакотерапии, прохождение психотерапии и получение противоалкогольной терапии (в том числе с применением лекарственных средств растительного происхождения, гомеопатических средств и биологически активных добавок) в течение последних 3 месяцев до включения в исследование; согласие и возможность следовать процедурам протокола исследования.

Критериями невключения были следующие: наличие других психических и/или наркологических расстройств (МКБ-10: Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с (вызванные) употреблением психоактивных веществ) в настоящее время, либо в анамнезе; наличие выраженной острой или хронической соматической патологии; интеллектуально-мнестическое снижение; наличие суицидального риска («1» и более баллов согласно Колумбийской шкале оценки тяжести суицидальности (C-SSRS).

Критерии исключения: отказ от участия в исследовании. Пациент может отказаться или прервать свое участие в исследовании в любое время без объяснения причин своего решения. Отказ принять участие в программе не будет влиять на качество оказываемой пациенту медицинской помощи; манифестация других психических расстройств или острой соматической патологии.

В качестве методов исследования применялись следующие:

Клинико-психопатологический метод предполагал интеграцию информации о пациенте, полученную на основе беседы, опроса, анализа медицинских документов, психометрических шкал при помощи следующих его составляющих и взаимодополняющих друг друга подходов: клинико-анамнестического (изучение особенностей жизни и развития больного во взаимосвязи с его актуальным клиническим состоянием); клинико-психопатологического (анализ актуального психического состояния больного в сопоставлении с наличием и выраженностью у него психопатологических симптомов и синдромов, формирующих целостную клиническую картину патологического состояния). С целью объективизации полученных данных в ходе ретроспективного анализа употребления алкоголя и минимизации субъективных искажений проводили структурированный опрос родственников пациентов, проживающих совместно с ними. Данные собирались путем полуструктурированного интервью, фиксировались в специально-разработанной индивидуальной регистрационной карте. Клинико-психопатологический метод включал в себя оценку длительности, степени прогрессивности, тяжести, симптоматики тревожных расстройств, а также оценку применением следующих шкал: *Мини-международное нейропсихиатрическое интервью (МИНИ) The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)*; *Колумбийская шкала оценки тяжести суицидальности (C-SSRS)*; *Шкала Гамильтона для оценки тревоги*

(HAM-A); Шкала ретроспективного анализа употребления алкоголя *Timeline Followback (TLFB)*.

Экспериментально-психологический метод реализовывался в работе через применение в изучении больных комплекса психодиагностических методик, нацеленного на установление у исследуемого индивидуальной специфики реагирования на определенный стимульный материал опросников, который мог носить более или менее структурированный характер, что позволяло конкретизировать особенности клинико-психологических характеристик исследуемых пациентов. Экспериментально-психологический метод включал оценку по следующим методикам: *Симптоматический опросник Александровича*; *Интегративный тест тревожности (ИТТ)*; *Опросник невротической личности (KON-2006)*; *Пятифакторный опросник личности (5PFQ)*; *Опросник «Уровень невротизации» (УН)*; *Опросник проактивного совладающего поведения (PCI)*.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы для работы с электронными таблицами Microsoft Office Excel, статистического программного обеспечения IBM SPSS Statistics 27.0. Перед началом исследования была проведена предварительная оценка мощности выборки, которая является ключевым этапом для обеспечения достоверности результатов. Расчеты выполнялись с учетом стандартных параметров: уровень значимости (α) установлен на уровне 0,05 для минимизации риска ошибки I рода. Допустимая ошибка II рода (β) принята равной 0,2, что соответствует мощности $1-\beta = 0,8$ (80% вероятности обнаружения истинного эффекта). Ожидаемый эффект определен как средний по Коэну (Cohen's $d \approx 0,5$), типичный для клинических и психологических исследований. Расчеты проводились с использованием программного обеспечения G*Power 3.1.9.7 для двух независимых групп (t-критерий Стьюдента). Минимальный размер выборки для обнаружения среднего эффекта при указанных параметрах составил $n = 86$ (43 на группу). Однако в исследовании было принято решение увеличить выборку до 120 человек (по 60 в группе), что связано с несколькими обоснованными причинами: Компенсация возможных потерь данных: увеличение объема выборки позволило учесть потенциальные выбытия участников (например, отказ от участия, нарушение протокола); Учет сложных статистических методов: для факторного анализа (метод максимального правдоподобия с вращением «Варимакс») требуется соблюдение правила «соотношение наблюдений к переменным $\geq 10:1$ ». При 24 переменных минимальная выборка рекомендована в размере $n = 240$, но использование критерия собственных значений >1 и нагрузок $\geq 0,8$ позволило сохранить значимость модели даже при $n = 120$ ($p < 0,001$); Повышение надежности прогностических моделей логистической регрессии. Таким образом, фактическая выборка ($n = 120$) превышала минимально необходимый порог, что снизило вероятность ошибки II рода до $< 0,1$, повысило статистическую мощность и надежность результатов, а также минимизировать риски статистических ошибок.

Для статистического анализа использованы методы описательной статистики качественных и количественных данных. Произведена оценка соответствия распределения показателей нормальному закону с помощью критерия Колмогорова–Смирнова. В случаях получения значения $p < 0,05$ распределение рассматривалось, как отличное от нормального. Сравнительный анализ проводился с использованием с помощью t критерия Стьюдента, непараметрического критерия Манна-Уитни для двух независимых групп, критерий Краскела-Уоллиса для сравнения трёх подгрупп с поправкой Бонферрони и χ^2 Пирсона для качественных переменных. Осуществлялось проведение факторного анализа методом максимального правдоподобия. Величина собственного значения переменной была выше 1. С целью получения простой структуры выполнялось вращение вариантом «Варимакс». Для повышения статистической значимости результатов факторного анализа не выводились коэффициенты со значением ниже 0,800. Непараметрические корреляции проводились с применением R_o Спирмена. Для количественной оценки прогностической ценности исследуемых переменных и выявления их вклада в вероятность наступления

целевого события была построена модель бинарной логистической регрессии. Модель представляет собой статистический метод, позволяющий предсказывать вероятность принадлежности объекта к одной из двух категорий зависимой переменной (например, «событие произошло/не произошло») на основе множества независимых факторов. Построение модели включало её валидацию: качество классификации оценивалось с помощью метрик (AUC-ROC, чувствительность, специфичность), а также проверялась статистическая значимость модели в целом через тест Вальда. В случаях получения значения $p < 0,05$ различия считались статистически значимыми.

Для автоматизации разработки прототипа применялась технология vibe-кодинга (метод программирования, использующий большие языковые модели и искусственный интеллект (ИИ) для генерации программного кода на основе описания задачи на естественном языке (естественно-языковых промтов) на базе модели Qwen3-235B-A22B. ИИ использовался для генерации исходного кода, проектирования графического интерфейса (GUI) и реализации логики обработки данных на основе текстовых промтов, сформулированных авторами на естественном русском языке. Промежуточные результаты работы ИИ валидировались и корректировались разработчиками.

1. Qwen3-235B-A22B — это сверхмасштабная языковая модель (Large Language Model, LLM), разработанная Alibaba Cloud в рамках серии Qwen. Данная модель содержит 235 миллиардов параметров, обеспечивая высокую точность и универсальность в обработке информации. Её архитектура позволяет анализировать и генерировать текст, изображения, аудио и даже программный код, адаптируясь к задачам от написания статей до решения сложных научных и технических проблем. Обученная на колоссальных объемах данных, включая веб-контент, книги, научные работы и мультимедиа, модель демонстрирует эффективные навыки в диалогах, переводах и аналитике, а также поддерживает более 100 языков. При этом для её запуска требуются мощные вычислительные ресурсы, а вопросы этичности и энергоэффективности остаются важными проблемами. Эта модель открывает новые возможности для автоматизации и интеллектуального анализа.

2. Основным языком программирования стал Python 3.11 в связке с библиотекой Tkinter, что позволило создать интуитивно понятный графический интерфейс без зависимостей от внешних ресурсов.

Положения, выносимые на защиту:

1. Форма тревожного расстройства определяет направленность и уровень употребления алкоголя: при генерализованной тревоге наблюдается тенденция к увеличению потребления алкоголя и более высокий риск перехода к рискованному (опасному) употреблению, тогда как при эпизодической тревоге — к снижению потребления или отказу от него.

2. Пациенты с тревожными расстройствами и рискованным (опасным) употреблением алкоголя характеризуются специфическим комплексом клинико-психологических особенностей в отличии от пациентов с тревожными расстройствами без рискованного (опасного) употребления алкоголя.

3. Ключевые мишени психотерапевтического вмешательства у пациентов с тревожными расстройствами и риском опасного употребления алкоголя представлены в симптоматической, эмоциональной, когнитивной, поведенческой и личностной сферах, коррекция которых позволяет выработать персонализированную стратегию психотерапии, направленную на снижение уровня употребления алкоголя и тревожных проявлений.

4. Использование методов машинного обучения и программирования на основе естественно-языковых промтов для анализа клинических, психологических и социально-демографических данных может применяться для разработки методики оценки риска развития рискованного (опасного) употребления алкоголя у пациентов с тревожными расстройствами.

Степень достоверности и апробация результатов. Высокая степень достоверности результатов диссертации обоснована достаточным размером исследуемых

выборки, использованием валидных методик, согласно поставленным целям и задачам, применением корректных методов статистического анализа данных. Материалы диссертации доложены на Всероссийском конгрессе с международным участием «Психическое здоровье: от разнообразия феноменологии к концептуальному единству». Санкт-Петербург, 22–23 мая 2025 г. в докладах: «Взаимосвязь тревожных расстройств и употребления алкоголя: клинические и клинико-психологические особенности»; «Особенности личностной дисфункции у пациентов с тревожными расстройствами, имеющих определенный уровень потребления алкоголя»; «Клинические особенности пациентов с тревожными расстройствами и сочетанным употреблением алкоголя»

Личный вклад автора в проведенное исследование. Материал, положенный в основу диссертации, получен в результате исследований, проведенных лично автором. Диссертантом самостоятельно разработан дизайн и план исследования, определены методы исследования, проведен подбор и анализ отечественной и зарубежной литературы по теме исследования. В соответствии с целью и задачами работы автором проведен отбор пациентов и их клинико-психологическое исследование. Статистическая обработка полученных результатов, их анализ, обобщение, представление в качестве материала для публикации также проводилась лично автором. Доля личного участия диссертанта в выполнении работы составляет - более 90% в получении и накоплении научной информации, более 90% - в статистической обработке полученных данных, более 80% - в анализе, интерпретации и обобщении результатов.

Внедрение результатов исследования. Основные результаты диссертационной работы, положения и выводы внедрены в практическую работу психиатрического отделения №9 ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России и образовательный процесс института последипломного образования ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, в частности включены в программу лекций и практических занятий образовательной программы подготовки в ординатуре по специальности «Психиатрия», «Психотерапия», «Психиатрия-наркология», программы профессиональной переподготовки по специальностям «Психиатрия», «Психотерапия», «Психиатрия-наркология», а также в программы тематического усовершенствования врачей – психиатров, психотерапевтов, психиатр-наркологов.

Соответствие диссертации паспортам научных специальностей. Диссертационное исследование, посвященное изучению роли клинико-психологических факторов в формировании взаимосвязей между тревожными расстройствами и употреблением алкоголя, характера и степени выраженности, соответствует паспорту научной специальности 3.1.17. «Психиатрия и наркология», направления исследований пп: 1 – «Решение задач в области социально-психологических основ психических, наркологических и сексуальных расстройств»; 3 – «Общие патогенетические основы психической патологии, зависимости от психоактивных веществ и нехимических аддикций. Этиология и факторы риска»; 4 – «Клиника психических расстройств, алкоголизма, наркоманий, токсикоманий и нехимических аддикций. Роль индивидуально психологических, психосоциальных и других факторов в патогенезе, клинике, течении и прогнозе психических и наркологических заболеваний, сексуальных расстройств»; 5 – «Диагностические и прогностические критерии и маркеры заболеваний. Диагностика и прогноз ранних проявлений, течения и исхода психических и наркологических расстройств».

Публикация результатов исследования. По результатам диссертационной работы автором подготовлено и опубликовано 12 научных работ, из них в научных рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ – 7.

Структура и объем работы. Диссертация изложена на 201 страницах печатного текста и состоит из введения, главы, посвященной обзору научной литературы, главы с описанием материала и методов исследования, главы результатов исследования, глав, посвященной мишеням психотерапии и разработке прототипа программного обеспечения, обсуждения, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и

списка литературы. Работа иллюстрирована 22 таблицами и 18 рисунками. Список литературы содержит 246 научных источника, 53 из которых опубликованы на русском языке, 193 – на иностранном языке (189 – на английском, 2 – на немецком, 1 – на польском, 1 – на французском).

СОДЕРЖАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Описание выборки исследования. Набор участников исследования производился методом сплошной выборки для обеспечения репрезентативности и однородности материала. Верификация диагноза тревожного расстройства осуществлялась врачом-психиатром/психотерапевтом с применением Мини-международного нейропсихиатрического интервью (The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Пациенты были включены в две группы сравнения по клиническим проявлениям тревоги. В каждую группу включено по 60 человек в соответствии с критериями включения.

Группа 1 (60 пациентов, 50% выборки) включала лиц с эпизодической тревогой: паническое расстройство (ПР) (F41.0) — 39 человек (32,5% от общей выборки); Социальные фобии (F40.1) — 18 человек (15%); Специфическая (изолированная) фобия (F40.2) — 3 человека (2,5%). Группа 2 (60 пациентов, 50% выборки) состояла из лиц с генерализованным тревожным расстройством (ГТР) (F41.1), которое составило 50% всей выборки.

В исследуемых группах изучался уровень употребления пациентами алкоголя и динамика уровня на фоне течения тревожного расстройства. Оценка производилась врачом психиатром-наркологом с использованием Шкалы ретроспективного анализа употребления алкоголя (Timeline Follow-back, TLFB). С целью объективизации полученных данных в ходе ретроспективного анализа употребления алкоголя и минимизации субъективных искажений проводили структурированный опрос родственников пациентов, проживающих совместно с ними.

Пациенты обеих групп были разделены на три подгруппы по уровню употребления алкоголя (таблица 1). Группа 1: большинство пациентов (68,3%) полностью отказались от алкоголя, у 20% определяется «безопасное» употребление алкоголя (с низким риском), ишь 13,40% пациентов имеют рискованное (опасное) употребление алкоголя. В группе 2 значительно меньше пациентов (16,7%) не употребляют алкоголь. По сравнению с группой 1 преобладают пациенты с рискованным (опасным) употреблением (41,67%). Различия между группами 1 и 2 определяются статистически значимыми ($\chi^2=34,670$; $p<0,001$).

Таблица 1 – Распределение участников исследования по уровню алкогольной проблематики

Группа Подгруппа	Группа 1		Группа 2		p ¹
	n	%	n	%	
1 пациенты, не употребляющие алкоголь	41	68,30	10	16,66	$\chi^2 = 34,670$ df = 2 p < 0,001
2 пациенты, употребляющие алкоголь в «безопасных» количествах (с низким риском)	12	20,00	25	41,67	
3 пациенты с рискованным (опасным) употреблением алкоголя	7	13,40	25	41,67	
Всего	60	100,0	60	100,0	

Примечание: ¹ для оценки статистической значимости различий использовался Хи-квадрат Пирсона

При проведении интервью была получена информация о социально – демографических характеристиках пациентов: возраст, образование, семейное положение, наличие инвалидности, работы. Согласно полученным данным, отсутствуют статистически значимые различия ($p > 0,05$) социально-демографических характеристик (пол, возраст, уровень образования, социальный и семейный статусы) между участниками обеих групп, что указывает на однородность представленной выборки.

Межгрупповой анализ динамики употребления алкоголя и изменения его уровня относительно динамики тревожного расстройства

В группе 1 56,7% пациентов полностью отказались от алкоголя после манифестации расстройства. Тогда как 13,3% увеличили употребление, 30% не изменили привычки. В группе 2, напротив, 68,3% пациентов увеличили употребление алкоголя, преимущественно в ходе развития симптоматики. И только 15% прекратили употребление. Различия между группами определяются статистически значимыми ($\chi^2=38,315$; $p < 0,001$).

С целью детализации полученных данных дополнительно проведен межгрупповой анализ изменения уровня употребления алкоголя относительно динамики тревожного расстройства (таблица 2).

Таблица 2 – Межгрупповой анализ изменения уровня употребления алкоголя относительно динамики тревожного расстройства

Группа	Группа 1 n (%)	Группа 2 n (%)	p ¹
Изменение уровня употребления алкоголя относительно динамики тревожного расстройства			
Увеличение употребления до манифестации тревожного расстройства	0 (0,00)	5 (8,30)	$\chi^2= 71,739$ df = 5 $p < 0,001$
Увеличение употребления одновременно с манифестацией тревожного расстройства	0 (0,00)	5 (8,30)	
Увеличение употребления в ходе развития симптоматики тревожного расстройства	8 (13,30)	31 (51,70)	
Прекращение употребления одновременно с манифестацией тревожного расстройства	34 (56,70)	0 (0,00)	
Прекращение употребления в ходе развития симптоматики тревожного расстройства	0 (0,00)	9 (15,00)	
Уровень употребления алкоголя без изменений	18 (30,30)	10 (16,70)	

Примечание: ¹ для оценки статистической значимости различий использовался Хи-квадрат Пирсона

В ходе детального анализа выявлены значимые различия в динамике употребления алкоголя на фоне развития тревожного расстройства между группами. В группе 1 55% пациентов полностью отказались от алкоголя одновременно с манифестацией расстройства, что было связано с острыми паническими атаками и «вегетативной бурей». Данный феномен соответствует описанному М.Ю. Меликом-Парсадановым (1983) «синдрому спонтанных ремиссий», где выраженный вегетативный криз выступает триггером прекращения алкоголизации. Только у 13,3% этой группы употребление алкоголя возросло. В то время как в группе 2 увеличение употребления алкоголя в ходе развития симптоматики отмечено у 51,7% пациентов, причём у 33,3% из них уровень потребления соответствовал

рискованному (опасному). Полученные межгрупповые различия являются статистически значимыми ($\chi^2=71,739$; $p<0,001$). Ключевым отличием также стало то, что повышение уровня употребления алкоголя ещё до манифестации тревожного расстройства было зафиксировано исключительно в группе 2, и только среди пациентов с рискованным употреблением (8,3%) (таблица 3).

Таблица 3 – Изменение уровня употребления алкоголя в подгруппах относительно динамики тревожного расстройства

Группа	Группа 1			Группа 2			p ¹
Подгруппа	1	2	3	1	2	3	
Увеличение употребления до манифестации тревожного расстройства <i>n</i> (%)						5 (8,33)	$\chi^2 =$ 361,797 df = 35 $p < 0,001$
Увеличение употребления одновременно с манифестацией тревожного расстройства <i>n</i> (%)					5 (8,33)		
Увеличение употребления в ходе развития симптоматики тревожного расстройства <i>n</i> (%)			7 (11,67)		11 (18,33)	20 (33,33)	
Прекращение употребления одновременно с манифестацией тревожного расстройства <i>n</i> (%)	33 (55,00)						
Прекращение употребления в ходе развития симптоматики тревожного расстройства <i>n</i> (%)				9 (15,00)			
Уровень употребления алкоголя без изменений <i>n</i> (%)	8 (13,33)	12 (20,00)		1 (1,68)	9 (15,00)		
Сумма <i>n</i> (%)	60 (100,00)			60 (100,00)			

Примечание: ¹ для оценки статистической значимости различий использовался Хи-квадрат Пирсона

Межгрупповое сравнение клинической картины тревожных расстройств с учетом разного уровня употребления алкоголя

Анализ уровня тревоги (по шкале НАМ-А) выявил, что показатели в обеих исследуемых группах достоверно превышают норму. При этом в группе 2 уровень тревоги является статистически значимо более высоким по сравнению с группой 1 ($p < 0,001$), что подтверждается суммарными показателями (68,17 против 76,35).

В таблице 4 представлены средние величины показателей по шкалам симптоматического опросника Александровича в группах. В группе 2 показатели по всем 13 клиническим шкалам опросника Александровича статистически значимо выше, чем в группе 1, и в 2-3 раза превышают нормативные значения. Это свидетельствует о более выраженном общем дистрессе, тревоге и сомато-вегетативной симптоматике в данной группе. Наиболее выраженные различия между группами отмечаются по шкалам «Страх, фобии», «Депрессивные расстройства», «Беспокойство, нарушения» и, особенно, «Соматические нарушения», где показатели группы 2 значительно превышают как данные группы 1, так и нормы.

Таблица 4 – Средние величины показателей по шкалам симптоматического опросника Е. Александровича в группах

Группа		Группа 1		Группа 2		Нормативные показатели ²		p ¹
		М	±SD	М	±SD	М	±SD	
1	Страх, фобии	22,18	8,13	31,63	19,47	6,9	1,3	<0,001
2	Депрессивные расстройства	17,02	10,08	29,08	15,88	16,3	2,8	<0,001
3	Беспокойство, напряжение	14,12	8,84	35,71	17,07	16,4	2,2	<0,001
4	Нарушение сна	11,40	7,30	17,31	15,53	14,5	2,4	0,003
5	Истерические расстройства	16,37	10,25	27,88	17,07	16,9	2,8	<0,001
6	Неврастенические расстройства	17,67	12,30	31,13	13,59	24,2	3,3	<0,001
7	Сексуальные расстройства	9,30	7,94	19,65	14,31	12,3	2,7	<0,001
8	Дереализация	5,90	4,95	23,15	15,22	6,7	1,4	<0,001
9	Навязчивости	9,28	7,90	18,42	12,73	6,0	1,3	<0,001
10	Трудности в социальных контактах	6,32	6,50	17,65	11,03	14,2	2,5	<0,001
11	Ипохондрические расстройства	3,70	8,20	12,81	18,09	9,0	2,9	<0,001
12	Психастенические нарушения	10,78	7,62	29,95	13,49	16,2	2,9	<0,001
13	Соматические нарушения	52,08	34,60	109,22	69,73	7,8	1,1	<0,001

Примечание: Проверяемое распределение является нормальным. М – среднее; (±SD) – стандартное отклонение. ¹ для оценки статистической значимости различий использовался t критерий Стьюдента для независимых выборок. ² Нормативные показатели приведены авторами-составителями Симптоматического опросника Александровича (Aleksandrowicz J. W., 1981; Кайдановская Е. В., 1987)

Межгрупповой анализ структуры и определение факторов личностной дисфункции пациентов с тревожными расстройствами, имеющих определенный уровень употребления алкоголя

Рассчитаны значения медианы и квартилей (Q) в обеих группах по шкалам Опросник невротической личности (KON-2006) (таблица 5).

Таблица 5 – Межгрупповое сравнение значений по шкалам Опросника невротической личности (KON-2006)

Шкала KON-2006	Группа 1	Группа 2	Диапазон для невротического расстройства [от; до]	U Манна-Уитни	p
	Me [Q1; Q3]				
1. Чувство зависимости от окружения	8 [5; 12]	2 [0; 9]	[6; 18]	702,5	<0,001**
2. Астения	3 [2; 4]	5 [3; 6]	[8; 13]	1081,5	<0,001**
3. Низкая самооценка	3,5 [3; 4,75]	4 [3; 11]	[3; 13]	1268,5	0,030*
4. Импульсивность	6 [4; 9,75]	8 [6; 9]	[5; 17]	1427,5	0,21
5. Сложность в принятии решений	4 [3; 7,75]	7 [4; 9]	[6; 11]	1249	0,024*
6. Чувство одиночества	2 [1; 3]	6 [3; 11]	[3; 14]	707	<0,001**
7. Демобилизация	4 [3; 9]	11 [8; 17]	[8; 20]	604	<0,001**
8. Рискованное поведение	0 [0; 0]	1 [0; 1]	[2; 14]	1224	0,002*
9. Сложность эмоциональных взаимоотношений	6 [5; 9]	7 [4; 10]	[7; 12]	1614	0,839
10. Чувство усталости	4 [2; 7,75]	12 [9; 17]	[9; 20]	337	<0,001**
11. Чувство беспомощности	2 [1; 4]	6 [5; 13]	[5; 16]	513,5	<0,001**
12. Чувство отсутствия влияния	4 [2; 7,75]	5 [4; 8]	[3; 13]	1238	0,020*
13. Низкая мотивированность	2 [1; 4]	7 [6; 10]	[6; 19]	436	<0,001**
14. Склонность к мечтанию (эскапизм)	2,5 [1; 4]	2 [1; 3]	[6; 13]	1268,5	0,029*
15. Чувство вины	2 [1; 4]	6 [4; 9]	[6; 11]	602	<0,001**
16. Проблемы в межличностных отношениях	4 [3; 7,75]	6 [4; 10]	[6; 12]	1115,5	0,003*
17. Чувство зависти	2 [1; 4]	1 [0; 2]	[3; 14]	766	<0,001**
18. Нарциссизм	0 [0; 0]	4 [3; 5]	[6; 14]	24	<0,001**
19. Чувство опасности	4,5 [3; 8]	9 [6; 11]	[3; 14]	857,5	<0,001**
20. Экзальтированность	2 [1; 3,75]	0 [0; 1]	[9; 13]	314,5	<0,001**
21. Иррациональность	2 [1; 4]	5 [4; 7]	[4; 10]	479,5	<0,001**
22. Педантизм	2 [1; 3]	5 [5; 7]	[3; 8]	168	<0,001**
23. Рефлексивность	2 [1; 4]	4 [3; 5]	[8; 10]	864,5	<0,001**
24. Чувство эмоциональной и физической перегрузки	1 [0; 3]	5 [4; 7]	[6; 9]	406	<0,001**

Примечания: Me – медиана; Q – квартиль. Распределение отличное от нормального, использовался непараметрический U-критерий Манна-Уитни. *Статистическая значимость наблюдаемых различий при $p < 0,05$; **Статистическая значимость наблюдаемых различий при $p < 0,001$

Показатели по большинству шкал Опросника невротической личности (KON-2006) в группе 2 (пациенты с генерализованной тревогой) статистически значимо выше (в 1,5–2 раза), чем в группе 1 (пациенты с эпизодической тревогой), что свидетельствует о большей выраженности личностной дисфункции и дистресса. Вместе с тем у группы 1 выявлены более высокие значения по шкалам 1 («Чувство зависимости от окружения»), 4 («Импульсивность») и 12 («Чувство отсутствия влияния») — в 1,5–2 раза выше, чем в группе 2. Эти различия отражают специфику тревожных расстройств: пациенты с эпизодической тревогой склонны к зависимости от социального окружения, импульсивным реакциям и восприятию жизни как неконтролируемой, что провоцирует употребление алкоголя для купирования острого стресса и эмоциональных всплесков. В отличие от них, при генерализованной тревоге хронический фон беспокойства снижает влияние ситуативных социальных факторов и импульсивности, уменьшая потребность в алкогольной компенсации. Таким образом, тип тревоги определяет как характер личностной дисфункции, так и паттерны употребления алкоголя: эпизодическая тревога ассоциирована с реактивным поведением и поиском краткосрочного облегчения, тогда как генерализованная тревога проявляется устойчивым дискомфортом с меньшей зависимостью от внешних триггеров.

Дополнительно при оценке показателей опросника KON-2006, ввиду большого числа переменных, был проведен факторный анализ и построена статистически значимая факторная модель ($p < 0,001$), включающая три фактора личностной дисфункции: (таблица 6).

Таблица 6 – Факторный анализ шкал Опросника невротической личности (KON-2006)

Шкалы KON-2006	Факторы		
	1	2	3
3. Низкая самооценка	0,805		
4. Импульсивность			0,810
13. Низкая мотивированность		0,826	
14. Склонность к мечтанию (эскапизм)			0,820
16. Проблемы в межличностных отношениях	0,851		
17. Чувство зависти			0,852
20. Экзальтированность			0,897
22. Педантизм		0,901	

Примечание: Факторы личностной дисфункции: 1 – невротизм, 2 – ананкастность, 3 – сенситивность. Метод выделения факторов: метод максимального правдоподобия. Метод вращения: Варимакс. * $p < 0,001$ (полученная факторная модель статистически значима).

1. «Невротизм» — объединяет шкалы 3 («Низкая самооценка») и 16 («Проблемы в межличностных отношениях»). Характеризуется социальной уязвимостью, неуверенностью в себе и трудностями в построении отношений.

2. «Ананкастность» — сочетает шкалы 13 («Низкая мотивированность») и 22 («Педантизм»). Проявляется перфекционизмом, нерешительностью, избыточным

самоконтролем и тревогой, что провоцирует использование алкоголя как средства «самолечения».

«Сенситивность» — включает шкалы 4 («Импульсивность»), 14 («Склонность к мечтанию»), 17 («Чувство зависти») и 20 («Экзальтированность»). Отражает неуверенность, эмоциональную неустойчивость, зависть к успехам других и эскапизм. Внутренние конфликты и фрустрация усиливают склонность к импульсивному употреблению алкоголя для снятия стресса и поиска социального одобрения.

Факторы демонстрируют связь между особенностями личности, эмоциональной регуляцией и риском опасного употребления алкоголя у пациентов с тревожными расстройствами, где алкоголь выступает механизмом копинга, усугубляющим зависимость.

Оценка корреляции факторов личностной дисфункции и компонентов пятифакторной модели личности с изменением уровня употребления алкоголя у пациентов с тревожными расстройствами

Для пациентов с эпизодической тревогой характерны: повышенная импульсивность, чувство зависимости от окружения и склонность к эскапизму, что коррелирует с использованием алкоголя как средства компенсации социального стресса и эмоциональной регуляции. Сильная связь между «Сенситивностью» (мечтательность, зависть, экзальтированность) и уровнем употребления алкоголя ($r=0,752$, $p < 0,001$), что указывает на попытки избежать внутренних конфликтов через алкоголизацию. Социальная конформность, потребность к сотрудничеству, доверительным отношениям и открытость к опыту ($r=0,782$ и $r=0,456$, $p < 0,001$) могут усиливать риск употребления алкоголя в социальных контекстах.

Для пациентов с генерализованной тревогой ключевыми факторами стали: хронический эмоциональный дистресс, проявляющийся в «Невротизме» (низкая самооценка, межличностные проблемы) и «Ананкастности» (перфекционизм, ригидность), что создаёт устойчивую потребность в алкоголе как средстве снижения напряжения ($r=0,906$, $p < 0,001$). Низкие экстраверсия ($r=-0,813$, $p < 0,001$), низкой социальной конформности, и стремления к обособленности (низкие показатели по шкале «Добросовестность») ($r=-0,857$, $p < 0,001$) коррелируют с изоляцией и использованием алкоголя для снижения напряжения. Отсутствие снижения употребления алкоголя в динамике: 68,3% пациентов этой группы увеличили его употребление, что подчёркивает риск хронизации зависимости.

Оценка роли невротизации и достаточности стратегий копинга в формировании взаимосвязи между тревожными расстройствами и разным уровнем употребления алкоголя

Пациенты с рискованным (опасным) употреблением алкоголя в группе 1 имеют значимо более высокие уровни невротизации ($p < 0,001$) и ситуационной тревоги ($p < 0,001$) чем у пациентов группы 2, но ниже показатели проактивного совладания ($p < 0,001$). Отмечаются также более высокие показатели ситуационного эмоционального дискомфорта ($p < 0,001$) и ситуационного фобического компонента ($p=0,004$) для подгруппы 3. Сочетание высокого уровня невротизации и эпизодического характера тревоги может обуславливать использование алкоголя как средство краткосрочного совладания с напряжением. Алкоголь временно притушает тревогу, но усиливает зависимость от него как единственного способа регуляции эмоций. При этом отсутствие стратегий для решения проблем повышает вероятность более частого употребления алкоголя. Наблюдается формирование цикла употребления алкоголя: стресс – алкоголизация – временное облегчение – нарастание медико-социальных нарушений (рисунок 1). Начальной точкой цикла является острый сильный психологический дискомфорт, который пациент стремится устранить. Отсутствие эффективных стратегий совладания (например, проактивного копинга) может

способствовать увеличению уязвимости перед острым стрессом, усиливая потребность в быстром способе облегчения. В ответ на стресс или тревогу пациент прибегает к употреблению алкоголя. Алкоголь используется как средство краткосрочного снятия напряжения, поскольку он временно притупляет тревогу, снижает эмоциональный дискомфорт и создает иллюзию облегчения. После употребления алкоголя наступает кратковременное облегчение. Тревога и эмоциональное напряжение снижаются, что создает у человека ложное ощущение контроля над ситуацией. По мере повторения цикла употребление алкоголя становится более частым и интенсивным.

Одновременно с этим нарастают медико-социальные последствия: ухудшение соматического здоровья, снижение когнитивных функций, проблемы в социальной жизни (конфликты в семье, на работе, финансовые трудности). Пациенты с рискованным (опасным) употреблением алкоголя в группе 2 демонстрируют более высокий уровень невротизации ($p < 0,001$), личностную тревожность ($p = 0,002$) и повышенное превентивное совладание ($p < 0,001$) по сравнению с пациентами группы 1. Также в группе лиц с генерализованной тревогой определяется более высокий личностный эмоциональный дискомфорт ($p < 0,001$) и астенический компонент ($p = 0,003$), однако ниже ситуационная социальная защита ($p = 0,001$). Пациенты с такими чертами чаще используют алкоголь как способ снизить субъективное напряжение, что может увеличивать потребность в нем, как в основном «регуляторе» эмоций. Вместо проактивных действий они склонны к употреблению алкоголя для быстрого снятия стресса. Высокие показатели шкале превентивного совладания могут указывают на стремление пациентов к высокому уровню контроля происходящего и подготовки к воспринимаемым трудностям в условиях хронического дистресса. В таких случаях алкоголизация выступает в качестве дезадаптивных превентивных поведенческих стратегий. Алкоголь может использоваться для снижения тревоги перед общением, но в долгосрочной перспективе усиливает изоляцию. Это создает специфический цикл: стресс – алкоголь – ухудшение способности решать проблемы – усиление стресса (рисунок 1).

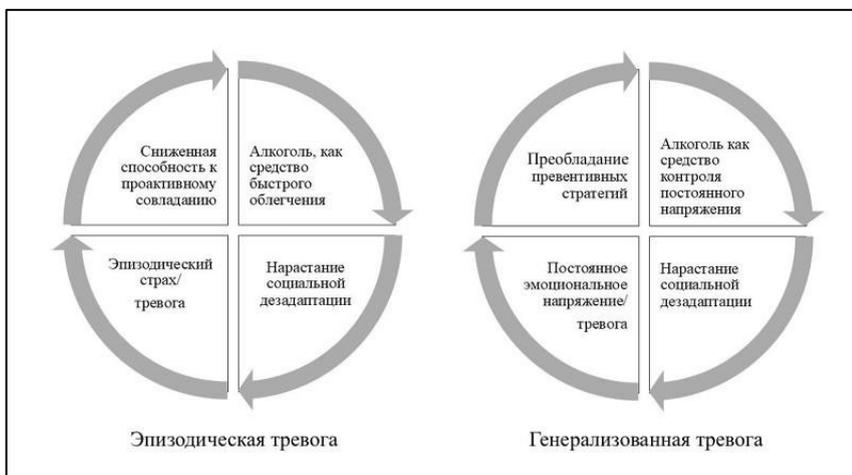


Рисунок 1 – Циклы употребления алкоголя

Начальной точкой цикла является хронический стресс, вызванный генерализованной тревогой. Пациенты с таким типом тревоги испытывают постоянное чувство беспокойства, эмоциональный дискомфорт и астенические симптомы (например, усталость, слабость, снижение энергии). Алкоголь используется как быстрый способ контроля субъективного дистресса, сопровождающегося соматовегетативной симптоматикой и мышечным напряжением. Высокие показатели превентивных стратегий у пациентов с генерализованной тревогой, вероятно, обусловлены хроническим стрессом, вызванным постоянной готовностью к негативным событиям, что истощает

психологические ресурсы и повышает уязвимость к алкоголизации. Вместо того чтобы искать долгосрочные решения, они сосредотачиваются на краткосрочном облегчении. Ухудшение способности решать проблемы и нарастание социальной изоляции становятся новыми источниками стресса. Например, проблемы в отношениях, трудности на работе или ухудшение физического здоровья усиливают эмоциональное напряжение.

Цикл употребления алкоголя представляет собой самоподдерживающийся процесс, в котором алкоголь используется как средство быстрого, но неэффективного совладания с эмоциональными трудностями. Однако в долгосрочной перспективе это может приводить к ухудшению физического и психического здоровья, а также к социальным проблемам. Разрыв этого цикла требует комплексного подхода, включающего психотерапию, обучение навыкам совладания со стрессом и лечение алкогольной зависимости.

Прогностическое моделирование и определение степени риска опасного употребления алкоголя у пациентов с тревожными расстройствами

Для оценки влияния индивидуально-психологических факторов на риск опасного употребления алкоголя у пациентов с тревожными расстройствами была построена модель логистической регрессии. С помощью метода Вальда выявлены три значимых предиктора: уровень невротизации, превентивное и проактивное совладание ($p < 0,001$). Рефлексивное совладание, стратегическое планирование и поиск поддержки статистически значимого влияния не показали и были исключены из итоговой модели.

Итоговое уравнение модели выглядит следующим образом: $\text{logit}(P(\text{Риск}=1)) = -13,823 + 3,055 \cdot \text{Уровень невротизации} + 0,367 \cdot \text{Превентивное совладание} - 0,411 \cdot \text{Проактивное совладание}$

Построенная модель логистической регрессии для оценки риска опасного употребления алкоголя у пациентов с тревожными расстройствами выявила три статистически значимых предиктора ($p < 0,001$): уровень невротизации, превентивное и проактивное совладание. Уравнение модели демонстрирует, что повышение уровня невротизации (ОШ=21,22) и превентивного совладания (ОШ=1,44) увеличивает вероятность риска, в то время как проактивное совладание выступает защитным фактором, снижая шансы (ОШ=0,66). Модель обладает высокой прогностической точностью (AUC=0,991, точность классификации 93,3%) и адекватно описывает данные, что подтверждает её практическую ценность для выявления пациентов группы риска (рисунок 2).

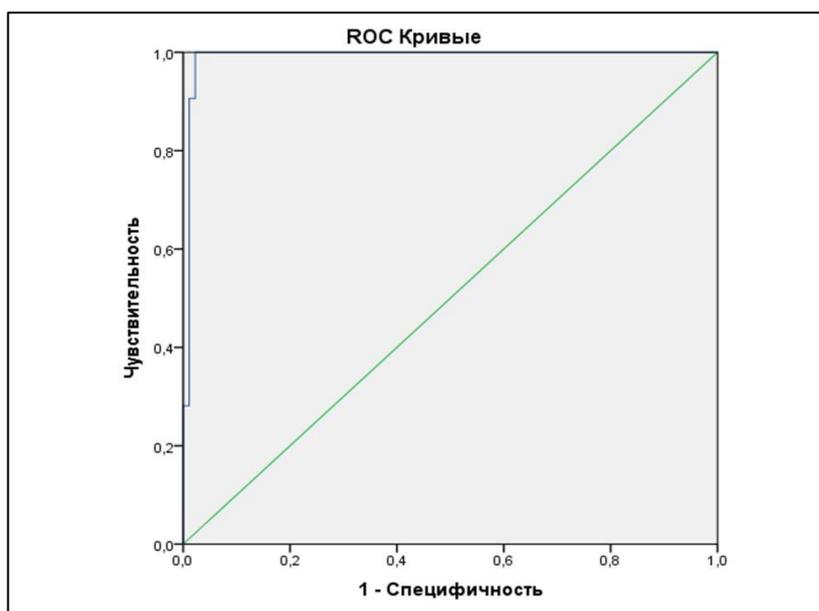


Рисунок 2 – Площадь под ROC-кривой (AuROC)

Таким образом, анализ показал, что уровень невротизации, превентивное и проактивное совладание являются ключевыми предикторами риска формирования рискованного (опасного) употребления алкоголя у пациентов с тревожными расстройствами. Модель демонстрирует высокую точность и объясняющую способность, что позволяет рекомендовать её для использования в клинической практике при оценке индивидуального риска и разработке профилактических программ. Полученные данные подтверждают комплексное влияние эмоциональной нестабильности и когнитивных стратегий совладания на формирование зависимого поведения.

Мишени и задачи психотерапии

Анализ индивидуально-психологических профилей пациентов выявил устойчивые паттерны дисфункций, охватывающие симптоматические, эмоциональные, когнитивные и поведенческие аспекты, которые демонстрируют статистически значимую связь с рискованным (опасным) употреблением алкоголя. Обнаруженные корреляции, подтверждённые методами математической обработки данных ($p < 0,05$), послужили эмпирической базой для выделения приоритетных мишеней психотерапевтического вмешательства. Это обеспечило соответствие принципам доказательных исследований, где выбор стратегии основывается на объективно верифицированных нарушениях. На этой основе были структурированы задачи терапии, направленные на разрыв порочного круга коморбидности через адресное воздействие на выявленные механизмы (таблица 7). Подобный подход минимизирует произвольность в определении мишеней, обеспечивая синтез клинической релевантности и научной строгости, что важно для повышения эффективности персонализированной помощи.

Общие задачи психотерапии: установление контакта и мотивации пациента. Помощь в осознании связи между тревогой, психологическими особенностями и употреблением алкоголя. Проведение интервенций для улучшения состояния и снижения употребления алкоголя. Профилактика рецидивов через выявление триггеров и план действий.

Мишени и задачи работы с симптоматической сферой:

Мишени: мышечное напряжение, нарушения сна, утомляемость, вегетативные симптомы.

Задачи: психообразование о связи психики и тела, обучение техникам релаксации (ПМР, mindfulness), гигиене сна и методам КПТ-бессонницы, дыхательным упражнениям.

Мишени и задачи работы с эмоциональной сферой:

Мишени: высокая тревога, страхи (потери контроля, смерти), эмоциональный дискомфорт, использование алкоголя для снятия тревоги.

Задачи: выявление механизмов тревоги, изменение негативного стиля мышления (катастрофизация), когнитивная реструктуризация, интероцептивная экспозиция, развитие навыков для поиска позитивных эмоций и замещения алкоголя.

Мишени и задачи работы с когнитивной сферой:

Мишени: негативное мышление о будущем, катастрофизация, сверхбдительность, низкая толерантность к неопределенности, дисфункциональные убеждения.

Задачи: обучение выявлению и оспариванию иррациональных установок, когнитивная реструктуризация представлений о пользе беспокойства и гиперконтроля, освоение практик осознанности (mindfulness).

Мишени и задачи работы с поведенческой сферой:

Мишени: избегающее поведение, недостаток навыков решения проблем, неадаптивные копинг-стратегии, трудности в общении, прокрастинация.

Задачи: преодоление избегания через экспозицию, развитие навыков решения проблем и постановки целей (SMART), тренировка ассертивного поведения, коррекция неэффективных копинг-стратегий.

Мишени и задачи работы с личностной сферой:

Мишени: сенситивность, пессимизм, низкая самооценка, высокий невротизм.

Задачи: формирование адекватной самооценки и самопознания, расширение эмоционального осознания, коррекция личностных особенностей, способствующих употреблению алкоголя.

Дополнение для пациентов с субсиндромальной депрессией: целесообразно применение интерперсональной терапии, сфокусированной на мишенях: переживание утраты (не только физической), межличностные и ролевые конфликты, трудности адаптации к изменениям, дефициты в отношениях.

Разработка методики оценки риска рискованного (опасного) употребления алкоголя у пациентов с тревожными расстройствами с применением машинного обучения и программирования на основе естественно-языковых промптов

На основе формулы логистической регрессии создано приложение, которое по трём психологическим шкалам (Уровень невротизации, Проактивное и Превентивное преодоление) вычисляет вероятность риска и классифицирует его (низкий/умеренный/высокий). Разработка велась методом программирования на основе естественно-языковых промптов (vibe-кодинга): врач описывал логику и интерфейс на русском языке, а ИИ автоматически генерировал рабочий код на Python. Это позволило создать инструмент без участия программиста, силами эксперта-клинициста.

На рисунках 3,4,5 и 6 представлены основные функции программы: удобный графический интерфейс (GUI): главное меню, вкладки для опросников, ручной ввод баллов; автоматизированный опрос: Вопросы трёх шкал с разными типами ответов (Да/Нет, шкала согласия); интеллектуальный расчёт: учёт пола пациента, пропуск неключевых вопросов, применение формулы для получения результата в процентах; валидация данных: блокировка завершения опроса, пока не ответы на все вопросы; тестирование: программа была запущена и проверена через командную строку Windows (CMD), устранены выявленные ошибки.

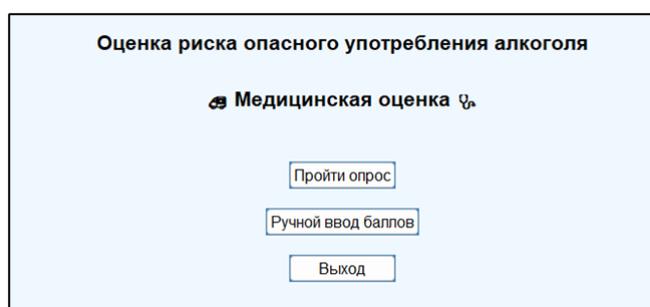


Рисунок 3 – Интерфейс главного меню приложения

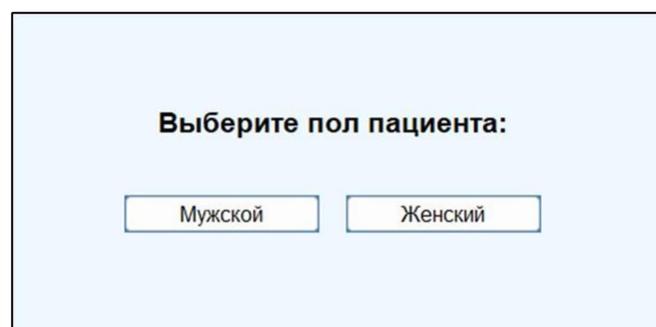


Рисунок 4 – Выбор пола пациента перед началом опроса

Уровень невротизации (УН) Проактивное преодоление (ПРО) Превентивное преодоление (ПРЕВЕНТ)

Опросник: Уровень невротизации (УН)

1. Мне приятно иметь среди своих знакомых значительных людей, это как бы придает мне вес в собственных глазах
 Да Нет
2. Я мало устаю
 Да Нет
3. Должен признаться, что временами я неразумно волнуюсь из-за вещей, которые в действительности не имели значения
 Да Нет
4. В различных частях своего тела я часто чувствую жжение, покалывание, «ползание мурашек» или онемение
 Да Нет
5. Временами мне так и хочется выругаться
 Да Нет
6. Иногда у меня было чувство, что передо мной нагромодилось столько трудностей, что одолеть их просто невозможно

[Завершить опрос](#)

[Назад в меню](#)

Рисунок 6 – Форма ручного ввода баллов и визуализация расчётов в виде таблицы с интерпретацией категории риска

Ввод баллов вручную

Уровень невротизации (УН):

Проактивное преодоление (ПРО):

Превентивное преодоление (ПРЕВЕНТ):

[Назад](#) [Рассчитать](#)

Результаты оценки риска

Показатель	Баллы	Категория
Уровень невротизации (УН)	5	неопределенный (4)
Проактивное преодоление (ПРО)	14	
Превентивное преодоление (ПРЕВЕНТ)	15	

Риск опасного употребления алкоголя: 76.91%
Интерпретация: Высокий риск

[Новый опрос](#) [Выход](#)

Рисунок 5 – Организация вопросов по шкалам во вкладках с прокруткой

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведённого исследования подтвердили, что коморбидность тревожных расстройств и рискованного употребления алкоголя формирует два различных клинико-психологических паттерна, связанных с типом тревоги (эпизодической или генерализованной). На репрезентативной выборке из 120 пациентов с использованием валидированных диагностических инструментов (M.I.N.I., TLFБ) и методов многомерного статистического анализа была построена высокоточная прогностическая модель. Логистическая регрессия выявила три ключевых предиктора риска: уровень невротизации (OR=21,22), превентивное совладание (OR=1,44) и проактивное совладание (OR=0,66). На основе этой модели (AUC=0,991) был разработан функциональный прототип программного обеспечения, автоматизирующий ввод данных психологических опросников и расчёт индивидуальной вероятности рискованного употребления. Полученные данные позволили определить дифференцированные мишени для психотерапии и обосновать необходимость персонализированных терапевтических стратегий, направленных на разрыв патологического цикла «тревога — алкоголь». Научно-практическая новизна заключается в определении дифференцированных мишеней для психотерапии на основе выявленных паттернов, что позволяет разрабатывать превентивные персонализированные вмешательства, направленные на разрыв цикла «тревога – алкоголь» до формирования стойкой зависимости. Ограничением признан кросс-секционный дизайн, не устанавливающий причинно-следственные связи, что, однако, методологически оправдано для изучения динамичных донозологических состояний. Перспективы связаны с валидацией прогностической модели на расширенных выборках, проведением лонгитюдных исследований и интеграцией разработанного прототипа методики в

клиническую практику для раннего выявления риска и оценки эффективности целевой психотерапии.

ВЫВОДЫ

1. Характер начала тревожного расстройства определяет паттерн употребления алкоголя: пациентам с генерализованной тревогой при постепенном нарастании фоновой тревоги в большей степени свойственно увеличение употребления алкоголя по мере развития симптомов расстройства (51,7%). Большинство пациентов с эпизодической тревогой полностью прекращают употребление алкоголя одновременно с первичной манифестацией симптоматики (55,0%) (значимость различий между группами – $\chi^2=71,739$; $p<0,001$).

2. Форма тревожного расстройства тесно связана с моделями употребления алкоголя. Рискованное (опасное) употребление алкоголя значительно больше характерно для пациентов с генерализованной тревогой по сравнению с эпизодической (41,67% и 13,40% соответственно). У пациентов с эпизодической тревогой, которые продолжили употребление алкоголя после манифестации симптоматики, увеличение употребления алкоголя до рискованного (опасного) уровня не отмечается (20,0%).

3. У пациентов с эпизодической тревогой употребление алкоголя коррелирует с такими личностными особенностями, как склонность к мечтательности, зависть, экзальтированность, стремление угодить другим, избегание конфликтов, конформность и открытость новому опыту. У пациентов с генерализованной тревогой потребность в алкоголе, как средстве снижения напряжения, тесно связана с низкой самооценкой, межличностными трудностями, перфекционизмом и ригидностью мышления, а также сниженной коммуникативностью. У значительной части пациентов с такими характеристиками наблюдается увеличение употребления алкоголя (68,3%).

4. Имеются достоверные различия между группами по уровню ситуационной тревожности ($p<0,001$), недостатком проактивного совладания ($p<0,001$) для эпизодической тревоги и личностной тревожности ($p=0,002$), повышенного превентивного совладания ($p<0,001$) для генерализованной. Сочетание недостаточности проактивного совладания и эпизодической тревоги способствует формированию патологического цикла: эпизодический страх/тревога — сниженная способность к проактивному совладанию — алкоголь, как средство быстрого облегчения — нарастание социальной. При этом сочетание высокого превентивного совладания и генерализованной тревоги способствует формированию патологического цикла: постоянное эмоциональное напряжение/тревога — преобладание превентивных стратегий — алкоголь как средство контроля постоянного напряжения — нарастание социальной дезадаптации.

5. Для пациентов с тревожными расстройствами и рискованным (опасным) употреблением алкоголя определён комплекс ключевых мишеней психотерапевтического вмешательства, охватывающий пять сфер: симптоматическую (мышечное напряжение, нарушения сна, соматовегетативные проявления), эмоциональную (высокая тревога, страх, эмоциональный дискомфорт, непереносимость ощущений), когнитивную (катастрофизация, негативное прогнозирование, низкая толерантность к неопределенности), поведенческую (дисбаланс копинг-стратегий: избыток превентивного преодоления и недостаток проактивного, избегание) и личностную (внутриличностные конфликты, трудности распознавания и вербализации эмоций).

6. Разработана прогностическая модель на основе формулы логистической регрессии для оценки риска рискованного (опасного) употребления алкоголя, основанная на выделенных ключевых предикторах: уровне невротизации и особенностях совладающего поведения — проактивном и превентивном преодолении. Модель продемонстрировала высокое качество (площадь под ROC-кривой: 0,991) и высокую прогностическую способность, объясняя 55,3% (R^2 Кокса и Снелла) и до 80,6% (R^2 Нэйджелкерка) дисперсии рискованного употребления, с подтвержденной адекватностью

по тесту Хосмера-Лемешова ($p = 0,115$).

7. На основе выявленных значимых предикторов риска рискованного (опасного) употребления алкоголя у пациентов с тревожными расстройствами разработана методика оценки индивидуального риска с использованием машинного обучения и программирования на основе естественно-языковых промптов. Методика реализована в виде прогностической модели логистической регрессии, продемонстрировавшей точность 80,6% и подтвердившей свою клиническую применимость. Для практического внедрения создан прототип программного обеспечения, обеспечивающий структурированный ввод данных, валидацию входной информации и интерпретацию уровня индивидуального риска в удобной для клинициста форме.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В клиническую практику рекомендуется включить комплексную диагностику, направленную на выявление не только симптомов тревожных расстройств, но и оценку уровня употребления алкоголя, индивидуально-психологических особенностей пациента, особенностей совладающего поведения. Целесообразно использовать разработанную в исследовании предиктивную модель, включающую оценку уровня невротизации, превентивного и проактивного совладания для определения индивидуального риска формирования рискованного (опасного) употребления алкоголя и развития алкогольной зависимости у пациентов с тревожными расстройствами.

2. Необходимо раннее выявление групп риска формирования рискованного (опасного) употребления алкоголя среди пациентов с тревожными расстройствами и проведением своевременного вмешательства для предотвращения формирования коморбидного состояния.

3. Необходимо определять персонализированные психотерапевтические задачи, которые способствуют выбору оптимальной стратегии комплексного лечения и разработке эффективных алгоритмов терапии пациентов с тревожными расстройствами и употреблением алкоголя. Ключевые мишени психотерапевтического вмешательства должны охватывать симптоматическую, эмоциональную, когнитивную, поведенческую и личностную сферы.

4. Полученные результаты могут быть использованы при создании специализированных программ психологической и психотерапевтической помощи в амбулаторном, диспансерном и стационарном звеньях здравоохранения, направленных на: формирование и развитие индивидуальных адаптивных стратегий преодоления тревожных состояний и эмоционального дискомфорта; замещение дезадаптивных паттернов поведения – употребление алкоголя с анксиолитической целью; выработку навыков проблемно-решающего поведения и обучение принятию решений на основе рационального анализа, а не эмоциональных реакций; формирование адекватной самооценки и развитие навыков принятия критических оценок со стороны окружающих; расширение эмоциональной палитры переживаний с обучением нюансированным оценкам собственных чувств.

5. Целесообразно включить информацию о взаимосвязи тревожных расстройств и употребления алкоголя, особенностях их взаимосвязей и подходах к терапии данной группы пациентов в обучающие программы для врачей общей практики, врачей-психиатров, врачей-наркологов, врачей-психотерапевтов и медицинских психологов.

6. Целесообразно внедрение цифровых технологий и специализированного ПО в практику диагностики и лечения пациентов с тревожными расстройствами и риском опасного употребления алкоголя, с целью повышения автоматизации и эффективности ранней диагностики, а также персонализации подходов к лечению и снижению рисков неблагоприятных исходов у данной категории пациентов.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Работы в научных рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ:

1. Караваева Т.А., Васильева А.В., **Радионов Д.С.** Злоупотребление алкоголем у пациентов с социальными фобиями: проблемы коморбидности, диагностики, этиопатогенеза и подходов к психотерапии. Вопросы наркологии. 2022;(7-8):27-53. **К1**
2. **Радионов Д.С.**, Караваева Т.А., Васильева А.В., и др. Особенности злоупотребления алкоголем у лиц с тревожными расстройствами невротического спектра. Клинические аспекты и вопросы психотерапии. Вопросы наркологии. 2023;35(3):27-50. **К1**
3. **Радионов Д.С.**, Твердохлебова А.М., Караваева Т.А. Анализ индивидуально-психологических особенностей пациентов с тревожными расстройствами, имеющих определенный уровень потребления алкоголя. Вопросы наркологии. 2024;36(6):29-54. **К1**
4. **Радионов Д.С.**, Караваева Т.А. Клинические характеристики пациентов с тревожными расстройствами, имеющих определенный уровень употребления алкоголя. Вопросы наркологии. 2024;36(3):56-71. **К1**
5. **Радионов Д.С.**, Караваева Т.А. Взаимосвязь тревожных расстройств и употребления алкоголя: предикторы и прогностическое моделирование. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2025;59(3):99-109. DOI: 10.31363/2313-7053-2025-3-1092. **К1**
6. **Радионов Д.С.**, Караваева Т.А., Васильева А.В., Розанов В.А. Мишени психотерапии пациентов с тревожными расстройствами (эпизодическая и генерализованная тревога) и коморбидной субдепрессивной симптоматикой, имеющих рискованный уровень потребления алкоголя. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2025;59(4). DOI: 10.31363/2313-7053-2025-4-1139. **К1**
7. **Радионов Д.С.**, Яковлев А.В., Караваева Т.А., Васильева А.В. Автоматизация разработки программного обеспечения для психиатрии, психотерапии и медицинской психологии: методология создания технического задания и генерация кода с использованием искусственного интеллекта (vibe-coding). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2025;4(129):45-58. DOI: 10.26617/1810-3111-2025-4(129)-45-58. **К2**

Другие научные публикации:

1. **Радионов Д.С.** Исследование клинико-психологических особенностей коморбидности невротических тревожных расстройств и уровня употребления алкоголя / Д. С. Радионов, Т. А. Караваева // Всероссийский конгресс с международным участием "Психоневрология: Век XIX – Век XXI", посвященный 115-летию ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева" Минздрава России и 165-летию со дня рождения В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, 12–13 мая 2022 года. – Санкт-Петербург: федеральное государственное бюджетное учреждение "Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2022. – С. 294-296.
2. **Радионов Д.С.** Аспекты психотерапии злоупотребляющих алкоголем лиц с тревожными расстройствами / Д. С. Радионов, Т. А. Караваева // Психическое здоровье в меняющемся мире: Сборник тезисов. Электронное издание, Санкт-Петербург, 23–24 мая 2024 года. – Санкт-Петербург: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2024. – С. 441-442.
3. **Радионов Д.С.** Клинические особенности пациентов с тревожными расстройствами и сочетанным употреблением алкоголя / Д. С. Радионов // Психическое здоровье: от разнообразия феноменологии к концептуальному единству: Сборник тезисов: Электронное издание, Санкт-Петербург, 22–23 мая 2025 года. – Санкт-Петербург: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, 2025. – С. 310-311.

4. **Радионо́в Д.С.** Особенности личностной дисфункции у пациентов с тревожными расстройствами, имеющих определенный уровень потребления алкоголя / Д. С. Радионо́в, А. М. Твердохлебова, Т. А. Караваева // Психическое здоровье: от разнообразия феноменологии к концептуальному единству: Сборник тезисов: Электронное издание, Санкт-Петербург, 22–23 мая 2025 года. – Санкт-Петербург: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, 2025. – С. 189-190.

5. **Радионо́в Д.С.** Факторы риска и прогнозирование злоупотребления алкоголем при тревожных расстройствах: клинико-психологический анализ / Д. С. Радионо́в // Психическое здоровье: от разнообразия феноменологии к концептуальному единству: Сборник тезисов: Электронное издание, Санкт-Петербург, 22–23 мая 2025 года. – Санкт-Петербург: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, 2025. – С. 310-311.

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Промт (от англ. prompt) — это текстовая инструкция, запрос или набор указаний, формулируемых пользователем и подаваемых на вход генеративной модели искусственного интеллекта с целью инициации генерации ответа, изображения, кода или иного контента, определяющая тематику, структуру, стиль и контекст желаемого результата и служащая ключевым элементом управления поведением языковой или мультимодальной модели в процессе человеко-машинного взаимодействия.

Прототип программного обеспечения — предварительная, упрощённая или частично реализованная версия программного продукта, созданная на ранних этапах разработки с целью проверки концепции, тестирования архитектурных решений, оценки пользовательского опыта, демонстрации функциональности или сбора обратной связи от заинтересованных сторон.

Vibe-кодинг (от англ. vibe coding) — неформальный стиль программирования, при котором разработчик формулирует намерения, логику или желаемое поведение программы преимущественно через естественно-языковые промты, а не через написание точного и детализированного кода вручную; генеративная ИИ-модель на основе этих интуитивных, приблизительных или контекстуальных указаний автоматически создаёт, редактирует или дополняет программный код.