

На правах рукописи

Лукьянцева Инна Сергеевна

**АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ
И КОМОРБИДНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ
(клиника, лечение и профилактика)**

14.01.06-психиатрия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2018

Работа выполнена в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Минобрнауки России

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Руженков Виктор Александрович**

Официальные оппоненты:

Малыгин Владимир Леонидович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России

Сиволап Юрий Павлович – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России

Ведущее учреждение: Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт психического здоровья» при Томском национальном исследовательском медицинском центре РАН

Защита диссертации состоится «25» декабря 2018 года в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д.208.024.01 при ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России по адресу: 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., 23.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России и на сайте: www.serbsky.ru

Автореферат разослан « ___ » _____ 2018 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук

И.Н. Винникова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. В современном мире масштабы и темпы распространения различных форм аддиктивного поведения таковы, что ставят под вопрос физическое и психическое здоровье молодёжи (Сурина А.Е., 2006). В России количество больных с алкогольной зависимостью (Кошкина Е.А., 2011) составляет 1,5–2% от общей численности населения, причем основная масса (71,8%) лиц с алкогольными проблемами приходится на возраст 20-26 лет (Захаров С.Г., 2011, Кошкина Е.А., 2011; Копытов А.В., 2011). В возрастной группе от 11 до 24 лет доля лиц, когда-либо употреблявших наркотики, составляет 25% (Клименко Т.В., Козлов А.А., 2011).

Среди российской молодежи табакокурение распространено в 65-70% (Петрова Л.Е., 2013), а в профессиональной группе медицинских работников – среди врачей мужского пола – 60% и до 30% среди женского (Алпатов Н.С., 2009). Среди учащихся медицинского факультета почти треть (29,9%) курят табак, столько же пробовали курительные смеси, 69,1% – эпизодически употребляют алкогольные напитки, а 4% – считают себя зависимыми от алкоголя (Руженкова В.В., 2013).

В последние годы появляются все новые формы зависимости. Повышенная доступность порнографии и других сексуальных стимулов через интернет и смартфоны способствуют развитию сексуальной зависимости (Луценко Е.Л., 2015). По некоторым данным (Любченко М.Ю., 2014), на сегодняшний день в России преобладающей в возрастной группе от 21 до 25 лет является любовная аддикция.

Известно, что у студентов-медиков регистрируется высокий уровень учебного стресса (Rosiek A. et al., 2016), для снижения уровня которого они в 3 раза чаще употребляли наркотики, в 4,5 раза – курили сигареты и в 2 раза чаще употребляли алкоголь (Melaku L. et al., 2015), проводили много времени в социальных сетях и компьютерных играх (Руженкова В.В. с соавт., 2017), что является фактором риска развития аддиктивного поведения и формирования химических и нехимических зависимостей.

Нередки сочетания и коморбидность аддикций и зависимостей: интернет-зависимость часто коморбидна сексуальной и любовной, реализующейся с использованием интернета (Менделевич В.Д., 2013), а сексуальная в 6,7% случаев коморбидна алкогольной и в 20% – наркотической зависимостям.

Установлено также частое сочетание различных видов аддикций и зависимостей с депрессией, тревогой, обсессивно-компульсивным расстройством

(Sophia E.C., et al., 2009; Carli V. et al., 2013), социальной фобией (Weinstein A. et al., 2015), дисфорией, ауто- и гетероагрессией (Пережогин Л.О., 2015).

Кроме того, в последние годы показатели заболеваемости психическими расстройствами детей и подростков существенно превышают аналогичные у взрослого населения, что диктует необходимость совершенствования системы профилактики и активного выявления психических расстройств на ранних этапах их проявления (Макушкин Е.В., Демчева Н.К., Творогова Н.А., 2013).

Степень разработанности проблемы. В научной литературе представлены социальные (Гришко И.В., 2006), психологические (Березин С.В. с соавт., 2001) и биологические корни аддиктивного поведения, подробно описывается клиническая картина отдельных видов зависимостей (Егоров А.Ю., 2005; Менделевич В.Д., 2007; Малыгин В.Л., 2013). Однако в настоящее время, несмотря на частое сочетание различных видов аддиктивного поведения между собой и с психической патологией, отсутствуют исследования, посвященные изучению факторов риска формированию указанных расстройств, роль в их развитии психической патологии, индивидуально-личностных и социально-средовых факторов, и не разработаны подходы к комплексной психопрофилактике.

В связи с этим **целью исследования** была разработка подходов к комплексному лечению и рекомендаций по первичной психопрофилактике аддиктивного поведения на основе исследования распространенности химических и нехимических аддикций и зависимостей и их коморбидности с психическими расстройствами у студентов медиков.

Задачи исследования:

1. Разработать на основе МКБ-10 (исследовательские критерии) и апробировать тест скрининг-диагностики различных видов химических и нехимических аддикций и зависимостей.
2. Изучить распространенность различных видов аддиктивного поведения и зависимостей и их влияние на социальную адаптацию студентов медиков.
3. Выявить клиничко-психопатологические факторы риска формирования аддиктивного и зависимого поведения у исследуемого контингента.
4. Определить индивидуально-личностные и социально-средовые факторы развития аддиктивного и зависимого поведения у студентов-медиков.
5. Разработать дифференцированные подходы к комплексной терапии и рекомендации по первичной психопрофилактике аддиктивного поведения и зависимостей у студентов-медиков.

Научная новизна и теоретическая значимость. Впервые на клинически репрезентативном материале изучена распространенность различных видов химических и нехимических зависимостей у студентов-медиков и их влияние на социальное функционирование. Изучена роль клинико-психопатологических расстройств в формировании аддиктивного поведения и зависимостей. Впервые выяснена роль личностной незрелости в формировании аддиктивного поведения. Изучена коморбидность различных вариантов аддикций и зависимостей и их соотношение с пограничными психическими расстройствами. Расширены представления о способах ухода от угрожающей реальности от социально-приемлемых до скрытых (киберсексуальная, сексуальная аддикции) форм аддиктивного поведения, часть из которых затрагивает ведущую деятельность лиц юношеского возраста – интимно-личностное общение.

Практическая значимость. Разработана, клинически верифицирована и апробирована методика «Клинической скрининг-диагностики аддиктивного поведения», позволяющая с высокой степенью достоверности определять риск формирования 14 типов аддикций и зависимостей. Выделенные компоненты личностной незрелости могут являться симптомами мишенями для психотерапии студентов в рамках первичной и вторичной психопрофилактики аддиктивного поведения. Предложена классификация аддиктивного поведения и зависимостей, ориентированная на дифференцированные подходы к лечению. Разработаны и апробированы дифференцированные алгоритмы терапии лиц юношеского возраста с аддиктивным поведением и зависимостями, показавшие высокую эффективность.

Положения, выносимые на защиту

1. В основе формирования аддиктивного поведения и зависимостей у студентов-медиков лежит совокупность клинических, индивидуально-личностных и социально-средовых факторов, ведущую роль среди которых играют пограничные психические расстройства субклинического и клинического уровня с различной степенью выраженности аффективной патологии.
2. Выраженная социальная фрустрированность и аутоагрессия, личностная незрелость, проявляющаяся негативным мышлением и отсутствием стремления к саморазвитию, а также неуверенность в себе и заниженная самооценка препятствуют успешному социальному функционированию и стимулируют поиск доступных способов преодоления стресса и реализации актуальных потребностей, что вызывает злоупотребление, ведущее к развитию аддиктивного поведения и зависимости.

3. Социально-средовыми факторами риска формирования аддиктивного поведения у студентов-медиков выступают высокий уровень учебного стресса, воспитание в неполных семьях при отсутствии доверия и поддержки в семье, негативный пример со стороны микросоциального окружения (злоупотребление алкоголем, табакокурение среди родителей и сверстников).
4. Сложные коморбидные связи, образующиеся между имеющейся психической патологией и сформированными на ее основе химическими и нехимическими аддикциями и зависимостями, приводят к разной степени выраженности социальной дезадаптации.
5. С целью психопрофилактики развития зависимостей у студентов-медиков целесообразно раннее выявление и терапия предболезненных и клинически выраженных форм психических расстройств, а также скрининг диагностика аддиктивного поведения.

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены в практику работы Белгородской областной клинической психоневрологической больницы, Белгородского областного наркологического диспансера, поликлиники НИУ «БелГУ», а также используются в учебном процессе кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии Белгородского государственного национального исследовательского университета и кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Волгоградского государственного медицинского университета.

Степень достоверности результатов исследования подтверждается репрезентативностью клинической выборки и применением современных статистических методов исследования.

Апробация и публикация материалов исследования. Материалы исследования докладывались на Днях науки НИУ БелГУ (2015 г., 2016 г., 2017 г., 2018 г.), на Белгородской областной научно-практической конференции «Семейная медицина. Здоровьесбережение», секция «Психиатрия, наркология и клиническая психология» 10 ноября 2017 г.), на межкафедральной конференции НИУ БелГУ 8 мая 2018 г.

По теме диссертации опубликованы 11 печатных работ, из которых 6 статей в журналах рекомендованных ВАК Министерства образования Российской Федерации, 1 в журнале, индексируемом базой данных Web of Science.

Личный вклад автора. Автор лично сформулировал цель и задачи исследования, подготовил его программу, проанализировал отечественные и зарубежные публикации. Соискатель самостоятельно провел исследование, со-

ставил и обработал базу данных, обобщил результаты, подготовил публикации, а также рукописи диссертации и автореферата.

Объем и структура работы. Диссертация состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы (содержащего 258 источников, из них 151 отечественных и 107 зарубежных) и приложения. Материал диссертации иллюстрирован 87 таблицами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал, методы и методология исследования

В течение 2015-2016 гг. обследовано 455 студентов-медиков старших курсов: 333 (73%) женского и 122 (27%) – мужского пола, в возрасте 20-26 (22,0±1,1) лет.

Основными методами исследования были следующие.

1. Медико-социологический – анкетирование (социально-демографические сведения, особенности воспитания).

2. Психометрический:

- авторская методика «Клиническая скрининг-диагностика аддиктивного и зависимого поведения»;
- госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS);
- методика диагностики «Эмоционального интеллекта» по Н. Холл (Фетискин Н.П. с соавт., 2002);
- тест «Экспресс-диагностика устойчивости к конфликтам» (Фетискин Н.П. с соавт., 2002);
- методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности (Вассерман Л.И., 2004);
- тест-опросник самоотношения В.В. Столина (Глуханюк Н.С., 2005);
- методика «Виды агрессивности» Л.Г. Почебут (Почебут Л.Г., 2012);
- «Методика диагностики личностной зрелости» (Руженков В.А. с соавт., 2016).

3. Клинико-психопатологический (сбор субъективного анамнеза, анализ жалоб, клиническое интервью, наблюдение).

4. Статистический. Анализ соответствия вида распределения признака проводился при помощи критерия Колмогорова-Смирнова (Реброва О.Ю., 2002). При отклонении типа распределения признака от нормального, применялись методы непараметрической статистики (описательная статистика: медиана – Me и интерквартильный размах – Q25-Q75); критерий χ^2 с поправкой Йет-

са для таблиц сопряженности 2x2; отношение шансов OR; корреляционный анализ (коэффициент ранговой корреляции Спирмена). Для сравнения двух независимых групп применялся U критерий Манна-Уитни. Кроме того, применялись многомерные исследовательские методы: факторный анализ методом главных компонент с varimax вращением фактора и кластерный анализ. Достоверность различий признака считалась значимой при $p < 0,05$.

Методология исследования. Исследование проводилось в категориальном поле клинической и социальной психиатрии. В области клинической психиатрии основывались на трудах А.А. Портнова, И.Н. Пятницкой, О.В. Кербинова, П.Б. Ганнушкина, А.Е. Личко, А.С. Тиганова, Т.Б. Дмитриевой, K.S.Young, I. Goldberg. Медико-социологическая методология базировалась на работах А.В. Решетникова. Диагностика проводилась в соответствии с отечественными диагностическими критериями в соответствии с МКБ-10.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в 4 этапа: 1 – подготовительный, 2 – исследовательский, 3 – терапевтический и 4 – контрольный.

На *1 этапе – подготовительном*, разрабатывалась и стандартизировалась «Методика клинической скрининг диагностики аддиктивного поведения». В основу были заложены 6 диагностических критериев синдрома зависимости МКБ-10 (Исследовательские критерии). На каждый критерий составлялось 2 равнозначных вопроса (всего на 1 тип зависимости – 12 вопросов). В последующем наличие или отсутствие зависимости или аддикции верифицировалось клинически. Утвердительные ответы по каждой паре вопросов из 6 критериев синдрома зависимости оценивались в 1 балл. Интерпретация результатов: 5-6 баллов – очень высокая вероятность наличия зависимости; 4 балла – высокая вероятность наличия аддикций и зависимостей; 3 балла – имеется риск развития аддиктивного поведения. Результат в 1-2 балла – отсутствие аддиктивного поведения.

«Методика» направлена на выявление 14 различных видов химических и нехимических аддикций и зависимостей. Результаты проверки ее на внутреннюю согласованность и ретестовую надежность представлены в табл. 1 (исключена наркотическая зависимость в связи с ее отсутствием у обследуемых).

Методика выявила аддикции и зависимости (4-6 баллов) у 180 (39,6%) человек, а клиничко-психопатологического обследование подтвердило у 169

(37,1%) человек. Следовательно, количество ложноположительных результатов при использовании авторского теста-скрининга составило 11 (2,5%) случаев.

Разработанная методика характеризовалась высоким уровнем внутренней согласованности (α -Кронбаха 0,94), достаточной валидностью (93,9%) и ретестовой надежностью ($r=0,71-0,99$).

Таблица 1

Результаты проверки методики на внутреннюю согласованность и ретестовую надежность

№ п/п	Вид аддиктивного поведения	α -Кронбаха	Split-half reliability	Ретестовая надежность	
				r=	p<
1	Алкогольная	0,81	0,75	0,81	0,000000
2	Табачная	0,86	0,77	0,99	0,000000
3	Пищевая	0,80	0,71	0,82	0,000000
4	Интернет	0,76	0,76	0,86	0,000000
5	Социальные сети	0,75	0,76	0,81	0,000000
6	Мобильный телефон	0,73	0,73	0,80	0,000000
7	Компьютерные игры	0,88	0,91	0,81	0,000000
8	Гаджеты	0,80	0,74	0,88	0,000000
9	Любовная	0,76	0,71	0,74	0,000000
10	Сексуальная	0,82	0,77	0,77	0,000000
11	Киберсексуальная	0,89	0,88	0,86	0,000000
12	Покупки	0,74	0,77	0,77	0,000000
13	Сериалы	0,76	0,75	0,71	0,000000

На 2 этапе – исследовательском, проведена скрининг-диагностика аддиктивного поведения и зависимостей среди студентов старших курсов Медицинского института. Всего было роздано 470 анкет, возвращено – 464 анкеты, из которых 9 были отбракованы. Клинико-психопатологическое обследование проводилось всем 455 респондентам, прошедшим скрининг-диагностику.

Распространенность аддиктивного поведения и зависимостей

Аддиктивное поведение и зависимости выявлены у 169 (37,1%) человек: 108 (63,9%) лиц женского и 61 (36,1%) мужского пола – основная группа (табл. 2). Группу сравнения (без аддикций и зависимостей) составили 286 (62,9%) человек: 225 (78,7%) лиц женского и 61 (21,3%) мужского пола.

Аддиктивное поведение и зависимости выявлены у 50% лиц мужского и 32,4% – женского пола ($\chi^2=11,1$ $p<0,002$ OR=2,1; 95% CI=1,3-3,3). Отношение

шансов свидетельствует, что мужской пол более чем в 2 раза чаще является фактором риска развития аддикций и зависимостей.

Таблица 2

**Распространенность аддиктивного поведения и зависимостей
среди студентов-медиков**

№ п/п	Аддикции/зависимости	Всего (455)		Мужчины (122)		Женщины (333)	
		n	%	n	%	n	%
1	Любовная аддикция и зависимость	53	11,6	12	9,8	41	12,3
2	Алкогольная аддикция	51	11,2	18	14,8	33	9,9
3	Интернет-аддикция и зависимость	47	10,3	13	10,7	34	10,2
4	Аддикция и зависимость от соц. сетей	43	9,5	13	10,7	30	9,0
5	Пищевая аддикция	30	6,6	7	5,7	23	6,9
6	Аддикция к общению по моб. телефону	27	5,9	5	4,1	22	6,6
7	Аддикция к совершению покупок	25	5,5	3	2,5	22	6,6
8	Табачная аддикция	24	5,3	14	11,5	10	3,0
9	Аддикция и зависимость от комп. игр	18	4,0	11	9,0	7	2,1
10	Табачная зависимость	17	3,7	9	7,4	8	2,4
11	Аддикция к просмотру интернет-сериалов	15	3,3	4	3,3	11	3,3
12	Гаджет-аддикция	13	2,9	5	4,1	8	2,4
13	Сексуальная аддикция и зависимость	13	2,9	9	7,4	4	1,2
14	Киберсексуальная аддикция и зависимость	10	2,2	8	6,6	2	0,6
15	Алкогольная зависимость	8	1,8	4	6,6	4	1,2

Перечисленные ниже аддикции и зависимости чаще встречались у лиц мужского пола, а последний был фактором риска, в 3-7 раз повышающий вероятность их развития:

- табачная аддикция: $p < 0,002$; OR=4,2 95% CI=1,7-10,5;
- табачная зависимость: $p < 0,03$; OR=3,2 95% CI=1,1-9,4;
- аддикция к компьютерным играм: $p < 0,003$; OR=4,6 95% CI=1,6-13,5;
- киберсексуальная аддикция и зависимость: $p < 0,007$ OR=6,7 95% CI=1,5-33,2;
- сексуальная аддикция: $p < 0,003$ OR=7,7 95% CI=1,8-37,4.

Кластерный анализ аддиктивного поведения и зависимостей методом множественного сравнения с использованием евклидовых дистанций (рис. 1) позволил выделить 4 самостоятельных кластера.

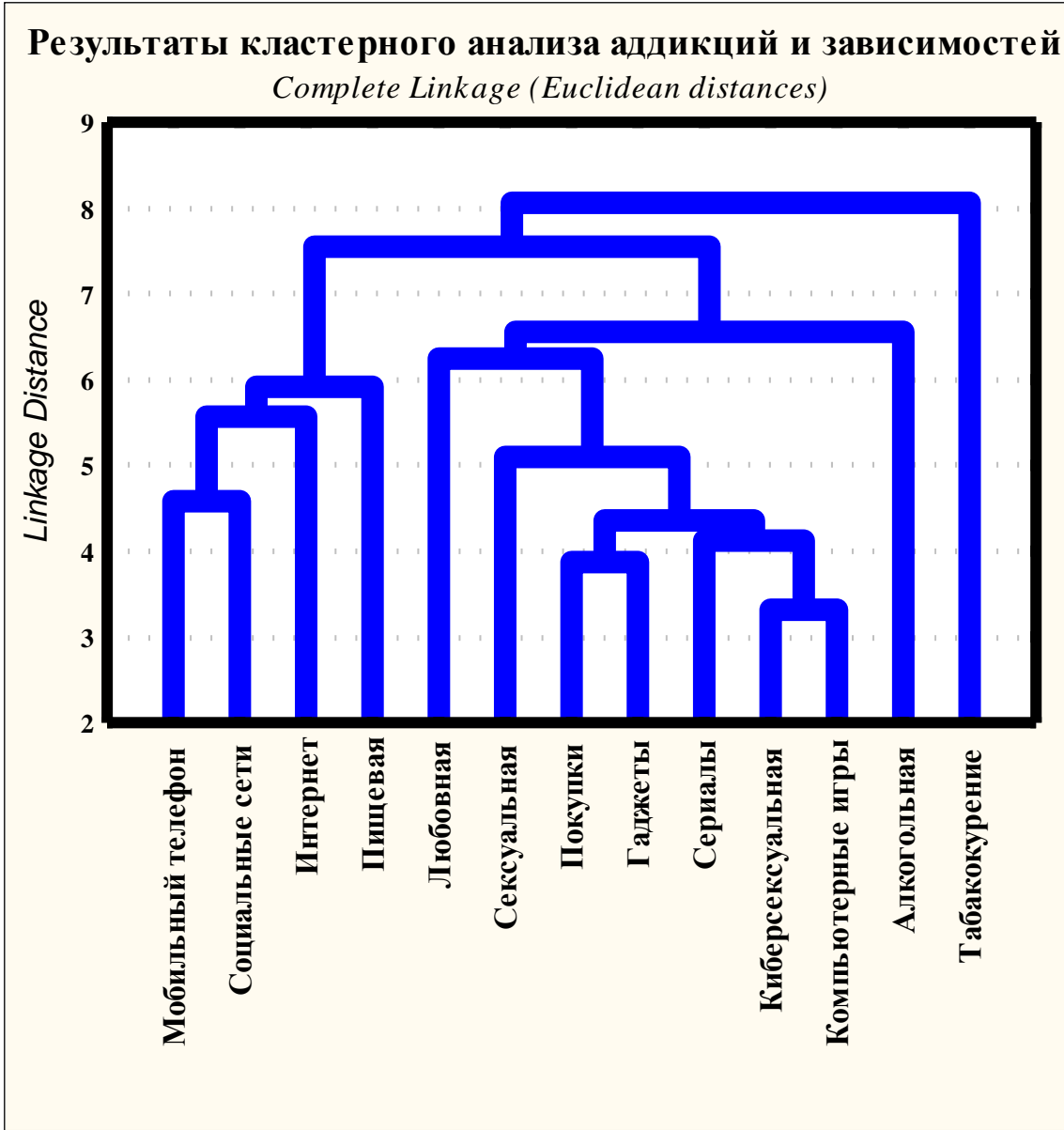


Рисунок 1. Результаты кластерного анализа аддиктивного поведения и зависимостей

Первый кластер составили аддикции и зависимости от мобильного телефона, социальных сетей и Интернет. Сюда же включилась и пищевая зависимость.

Второй кластер включал любовную, сексуальную, киберсексуальную, компьютерную игровую зависимости, а также гаджеты, сериалы и покупки. Объединяющим фактором является повышенная тревожность.

Обособлены химические зависимости и аддиктивное поведение – алкогольная и табакокурение. Причем табакокурение в определенной мере ассоциировано со всеми другими видами аддиктивного поведения, а алкогольная – в большей степени со вторым кластером, отражающим стремление к получению различных удовольствий.

Коморбидность аддиктивного поведения и зависимостей между собой

Установлено, что различные виды аддиктивного поведения и зависимостей сочетались между собой (табл. 3) в 37,3% случаев – одинаково часто среди лиц мужского (36,1%) и женского (38%) пола.

Таблица 3

Коморбидность аддикций и зависимостей между собой (в %)

№ п/п	Коморбидные	Алкогольная	Табачная	Коммуникативные	Некоммуникативные	Интимные
	Основные					
1	Алкогольная		21,6	25,5	33,3	43,1
2	Табачная	26,8		12,2	4,9	24,4
3	Коммуникативные	30,2	11,6		55,8	32,6
4	Некоммуникативные	30,4	3,6	42,9		35,7
5	Интимные	36,1	16,4	23,0	32,8	

Высокая коморбидность (43,1%) алкогольной аддикции и зависимости с интимными (любовная, сексуальная) объясняется использованием алкоголя в качестве своеобразного коммуникативного допинга, облегчающего установление контактов с предполагаемым партнером. Выявленное более чем в половине случаев (55,8%) сочетание коммуникативных и некоммуникативных аддикций и зависимостей (интернет-серфинг, киберсексуальная) связано с реализацией общения преимущественно через социальные сети, для осуществления чего использовалась сеть Интернет.

Клинико-психопатологические факторы риска

формирования аддиктивного и зависимого поведения у студентов-медиков

Установлено, что лица с аддиктивным поведением и зависимостями характеризовались более высокой частотой астении, тревоги и депрессии, а также обсессивно-компульсивных симптомов, социофобии и дисморфофобии, что создавало для них дополнительные трудности в социальной адаптации (табл. 4).

Клиническое обследование выявило расстройства психического функционирования разной степени выраженности у всех студентов с аддиктивным поведением и зависимостями и у части студентов группы сравнения (табл. 5).

Выявлен высокий уровень коморбидности аддиктивного поведения и зависимостей у студентов-медиков с пограничными психическими расстройствами, среди которых преобладали невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (58,5%), а также расстройства личности (14,2%).

Таблица 4

**Результаты клинико-психопатологического исследования
студентов основной и контрольной групп**

№ п/п	Симптом/синдром	Основная группа		Группа сравнения		p<
		п	%	п	%	
1	Тревога	45	26,6	19	6,6	0,0005
2	Депрессия	36	21,3	13	4,5	0,0005
3	Астенический синдром	38	22,5	25	8,7	0,0006
4	Вегетативные расстройства	83	49,1	93	32,5	0,001
5	Расстройства сна (интрасомнические)	90	53,2	78	27,3	0,0005
6	Обсессивный синдром	29	17,2	18	6,3	0,001
7	Специфические фобии	52	30,8	48	16,8	0,002
8	Агорафобия	16	9,5	2	0,7	0,0005
9	Клаустрофобия	22	13,0	10	3,5	0,0009
10	Дисморфофобия	32	18,9	21	4,6	0,001
11	Дереализация и деперсонализация	51	30,2	40	14,0	0,0006
12	Конверсионные расстройства	47	27,8	37	12,9	0,0007
13	Панические атаки	36	21,3	30	10,5	0,003
14	Внутренние формы суицидального поведения	38	22,5	19	6,6	0,0005

Таблица 5

Психическое состояние студентов основной группы и группы сравнения

№ п/п	Нозологическая группа	Основная группа		Группа сравнения		χ^2	p<
		п	%	п	%		
1	Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F0)	15	8,9	13	4,5	2,7	0,1
2	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F2)	1	0,6	-	-	-	-
3	Аффективные расстройства настроения (F3)	14	8,3	3	1,0	13,5	0,0009
4	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4)	99	58,5	45	15,8	88,2	0,0005
5	Расстройства зрелой личности и поведения в зрелом возрасте (F6)	24	14,2	10	3,5	16,1	0,0006
6	Донозологические формы	16	9,5	-	-	25,3	0,0005
ВСЕГО		169	100	71	24,8	180,9	0,0005

Сформированные психические расстройства у студентов основной группы (90,5%) встречались значительно чаще, чем в группе сравнения (24,8%): $p < 0,0005$; $OR = 29,0$ 95% $CI = 15,7-54,1$. Отношение шансов свидетельствует, что наличие психической патологии в 29 раз увеличивает риск развития аддиктивного поведения. При аффективных расстройствах настроения – более чем в

8 раз (OR=8,5 95% CI=2,3-37,9); при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах – более чем в 7 раз (OR=7,5 95% CI=4,7-12,1); при расстройствах личности – более чем в 4 раза (OR=4,6 95% CI=2,0-10,5).

Индивидуально-личностные и социально-средовые факторы риска развития аддиктивного и зависимого поведения у студентов-медиков

Установлены *индивидуально-личностные* особенности студентов, которые препятствовали успешной социальной адаптации и способствовали формированию аддиктивного поведения. Среди них – мужской пол (для табачной аддикции: $p < 0,002$; OR=4,2 95% CI=1,7-10,5; табачной зависимости: $p < 0,03$; OR=3,2 95% CI=1,1-9,4; аддикции к компьютерным играм: $p < 0,003$; OR=4,6 95% CI=1,6-13,5; киберсексуальной аддикции и зависимости: $p < 0,007$ OR=6,7 95% CI=1,5-33,2; сексуальной аддикции: $p < 0,003$ OR=7,7 95% CI=1,8-37,4), низкий уровень ответственности ($p < 0,002$), терпимости ($p < 0,00001$), стремления к саморазвитию ($p < 0,02$), преобладание негативного мышления ($p < 0,00006$), более низкий уровень личностной зрелости ($p < 0,000003$) и эмоционального интеллекта ($p < 0,008$), недостаточные самооценка ($p < 0,001$) и самоуважение ($p < 0,000004$), слабая конфликтоустойчивость ($p < 0,00002$), высокий уровень ауто- и гетероагрессии ($p < 0,000000$), в отличие от группы сравнения.

Более высокий уровень социальной фрустрированности в основной группе по параметрам: образ жизни ($p < 0,00006$), неудовлетворенность социальным ($p < 0,0002$) и материальным ($p < 0,003$) положением, организацией досуга ($p < 0,02$), отношениями с друзьями ($p < 0,02$) усугублял дезадаптацию студентов и способствовал развитию аддиктивного поведения.

Среди *социально-средовых* факторов риска развития аддиктивного поведения были слабая позиция отца в семье, отсутствие доверительных отношений между отцом и ребенком. Отдельную роль играли учебный стресс, отсутствие желаний учиться и разочарование в будущей профессии.

Факторный анализ выявил 5 факторов, обуславливающих развитие аддиктивного поведения и объясняющих 66% дисперсии: социальная фрустрированность (27,2%), низкая самооценка (15,5%), низкий эмоциональный интеллект (11,6%), личностная незрелость (7,8%) и аутоагрессия (3,9%).

Влияние аддиктивного поведения и зависимостей на социальную адаптацию студентов

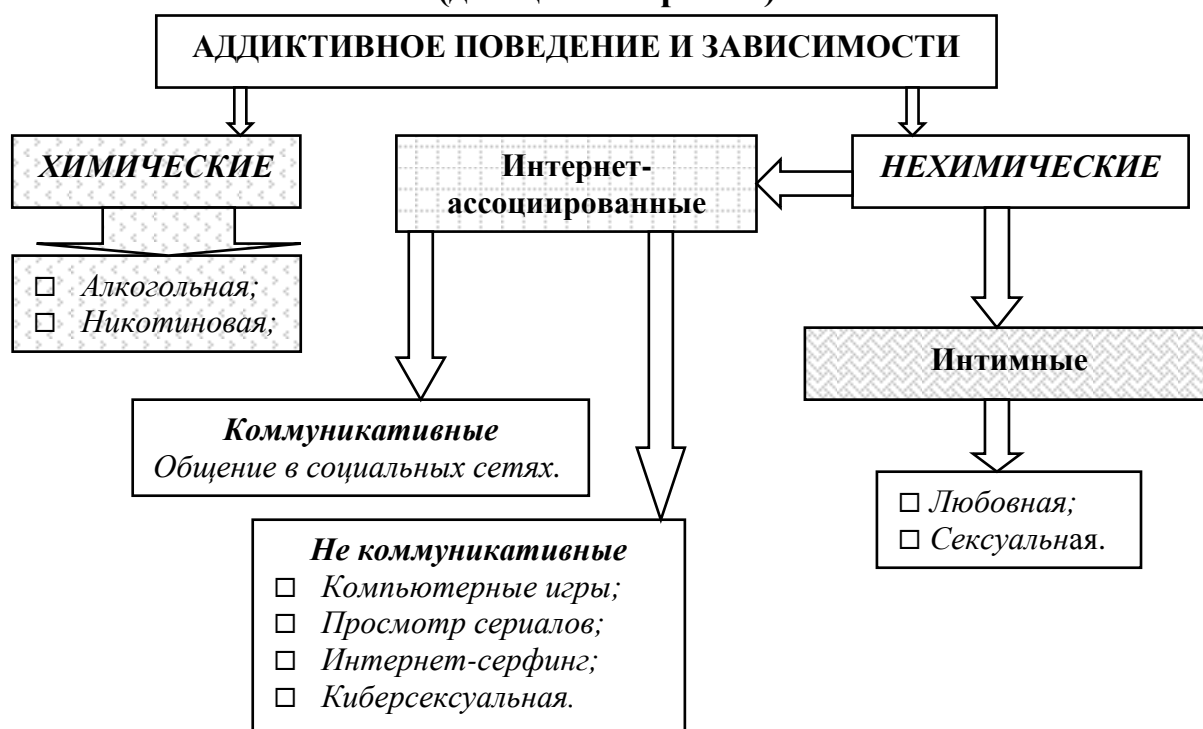
Установлено, что большая часть студентов основной группы 94 (55,6%) отмечали наличие проблем в своем психическом состоянии, чаще ($p < 0,001$), чем в группе сравнения – 108 (37,7%). Среди студентов основной группы – 53 (31,4%), в отличие от группы сравнения – 64 (22,4%), было больше тех, кто

отмечал наличие препятствий для успешной социальной адаптации ($p < 0,04$). Также студенты основной группы чаще ($p < 0,001$) испытывали потребность в специализированной психологической или медицинской помощи: 73 (43,2%) и 76 (26,5%) соответственно и чаще ($p < 0,03$) обращались за ней: 14 (8,3%) и 9 (3,1%).

Социальная дезадаптация проявлялась неспособностью к здоровым межличностным отношениям, готовностью терпеть разочарование, обиды и унижения со стороны партнера, совершением демонстративных суицидальных попыток вследствие расставания (при любовной зависимости), утратой значимости межличностных отношений (при сексуальной зависимости) и снижения влечения к реальному партнеру до полного отказа от него (при киберсексуальной зависимости). Пренебрежительное отношение к учебе (опоздания и прогулы, низкая успеваемость, посещение занятий после употребления алкоголя), к интересам членов семьи и друзей, собственному здоровью, а также несоблюдение общественных норм и правил (распитие алкогольных напитков и табакокурение в общественных местах, неспособность воздержаться от интимной близости с малознакомыми людьми и в неподходящем месте) усиливало социальную дезадаптацию студентов основной группы.

На *3 этапе – терапевтическом* разрабатывались индивидуализированные алгоритмы лечения лиц основной группы. Во всех случаях обследуемые давали добровольное информированное согласие. В терапевтических целях нами была проведена классификация аддиктивного поведения и зависимостей (схема 1).

Схема 1. Классификация аддиктивного поведения и зависимостей (для целей терапии)



Использовался принцип группировки патологических расстройств в целях дифференциации лечебных воздействий «с точностью до терапии» (Карварский Б.Д., 1990) с учетом механизма их развития (биологических, психологических и социальных).

Всего за медико-психологической помощью обратились 93 (55%) человека: 46 (49,5%) лиц мужского и 47 (50,5%) женского пола. Из них изолированные аддикция или зависимость отмечались в 33 (35,5%) случаях, во всех остальных – 106 (64,5%) – имела место коморбидность аддикций и зависимостей. Важным было выявление основной аддикции или зависимости, которая, возникла раньше других и являлась наиболее социально дезадаптирующей. К ним относились алкогольная, табачная, киберсексуальная, сексуальная. У студентов данной группы выявлялись невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (47,3%), а также расстройства зрелой личности и поведения – 18,3% (табл. 6).

Таблица 6

Клиническая характеристика студентов с аддиктивным поведением и зависимостями, обратившихся за помощью (n=93)

Аддикции (А) и зависимости (З)	Диагноз											
	F0		F3		F4		F6		Донозологические формы		ВСЕГО	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Алкогольная (А)	2	8,7	1	4,3	14	60,9	6	26,1	-	-	23	24,6
Алкогольная (З)	-	-	1	20,0	2	40,0	2	40,0	-	-	5	5,4
Табачная (А)	2	10,0	1	5,0	10	50,0	1	5,0	6	30,0	20	21,5
Табачная (З)	2	22,2	-	-	3	33,4	2	22,2	2	22,2	9	9,7
Киберсексуальная (А и З)	1	10,0	-	-	3	30,0	5	50,0	1	10,0	10	10,8
Сексуальная (А и З)	-	-	-	-	5	83,3	1	16,7	-	-	6	6,5
Комп. игры (А)	1	12,5	2	25,0	2	25,0	-	-	3	37,5	8	8,6
Интернет+соц. сети (А и З)	5	41,7	2	16,6	5	41,7	-	-	-	-	12	12,9
ВСЕГО	13	14,0	7	7,5	44	47,3	17	18,3	12	12,9	93	100

Исходя из приведенной выше классификации аддиктивного поведения (схема 1), в аспекте терапии нами учитывались следующие факторы: биологические (психические расстройства), психологические (личностные особенности) и социальные (условия воспитания и микросоциальное окружение).

Медико-психологическая помощь была комплексной и реализовывалась с применением современных психотехнологий нейролингвистического програм-

мирования, эриксоновского гипноза и гештальттерапии. В ряде случаев применялся метод эпистемологической метафоры.

При химических зависимостях стратегической задачей была выработка аверсивной реакции на алкоголь и табак. При этом одной из важных задач была терапия имеющихся невротических и аффективных нарушений, создающих predisposition табакокурения и (или) злоупотребления алкоголя. Поскольку для большинства химических аддиктов и зависимых такой способ поведения играл роль своеобразного суррогата психологической защиты, требовалась выработка новых способов поведения взамен деструктивных. Кроме того, требовалось генерация определенной резистентности к микросоциальной провокации влечения к химической релаксации и гедонистическим тенденциям.

При интернет-ассоциированных коммуникативных аддикциях и зависимостях стратегической задачей было переключение студента с виртуального общения на реальное, снижение уровня тревожности, терапия имеющихся невротических расстройств и активизация физической активности.

При некоммуникативных интернет-ассоциированных аддикциях и зависимостях (компьютерные игры, просмотр сериалов, интернет-серфинг) стратегической задачей была стимуляция волевой сферы, обучение планированию времени, переориентация на конструктивные способы релаксации. В ряде случаев, при выраженном пристрастии, применялись аверсивные техники. Важной была терапия астении ноотропами, снижение уровня тревоги, стимуляция стремления к межличностному общению, просмотру кино на большом экране (в кинотеатре).

При киберсексуальных аддикциях и зависимостях стратегической задачей было переключение зависимого от «созерцательной» позиции – на «чувствующую» (кинестетическую). Применялась лично-ориентированная психотерапия, направленная на снижение тревожности, стеснительности и повышение самооценки. Для устранения непреодолимого влечения к просмотру порнофильмов применялся метод эпистемологической метафоры – преобразование чувств в образы и отреагирование отрицательных эмоций. Кроме того, стимулировалось межличностное общение с лицами противоположного пола.

При любовной и сексуальной аддикциях стратегической задачей было устранение отрицательных эмоций и имеющегося чувства зависимости, редукция психогенной тревоги с последующим формированием позитивного мышления, повышение самооценки. В части случаев применялся метод эпистемологической метафоры для устранения негативных чувств, возникших после неоднократных разрывов отношений и сопровождавших чувство зависимости.

Спектр оказанной психофармакологической и психотерапевтической помощи студентам основной группы отражен в таблице 7.

Таблица 7

Спектр оказанной помощи студентам основной группы

№	Аддикция/зависимость	ПТ		ПФТ+ПТ		ВСЕГО	
		n	%	n	%	n	%
1	Алкогольная аддикция	11	47,8	12	52,2	23	45,1
2	Алкогольная зависимость (1 стадия)	-	-	5	100	5	62,5
3	Табачная аддикция	14	70,0	6	30,0	20	83,3
4	Табачная зависимость	6	66,7	3	33,3	9	52,9
5	Киберсексуальная аддикция и зависимость	3	30,0	7	70,0	10	100
6	Сексуальная аддикция и зависимость	4	66,7	2	33,3	6	30,0
7	Интернет-аддикция и зависимость + аддикция и зависимость от социальных сетей	6	50,0	6	50,0	12	46,2
8	Аддикция и зависимость от компьютерных игр	4	50,0	4	50,0	8	44,4
ИТОГО		48	51,6	45	48,4	93	100

Часть студентов – 19 (20,4%) человек не завершили терапию, ссылаясь на субъективное улучшение своего психического состояния после назначения лекарственных препаратов.

На *4 этапе – контрольном* – проводилось клинико-катамнестическое обследование для верификации результатов терапии.

Катамнез (1 год) показал: 19 (82,6%) студентов с алкогольной аддикцией и все с алкогольной зависимостью прекратили употребление алкогольных напитков; 15 (75%) с табачной аддикцией и 7 (77,8%) с зависимостью от табака воздерживались от табакокурения, оставшиеся 7 (24,1%) курили табак значительно реже. Все студенты с сексуальной аддикцией и зависимостью прекратили беспорядочные половые связи, при этом 5 (83,3%) из них нашли постоянного полового партнера. Среди лиц с киберсексуальной аддикцией и зависимостью 6 (60%) полностью отказались от киберсексуальных действий, остальные – 4 (40%) значительно снизили их частоту. Большинство – 10 (83,3%) студентов с аддикцией и зависимостью от интернета и социальных сетей стали использовать интернет для работы, уменьшилось время, проводимое в социальных сетях. Среди лиц с аддикцией к компьютерным играм 5 (62,5%) полностью отказались от игр в пользу альтернативных способов досуга, остальные 3 (37,5%) играли значительно реже. Кроме того, у большей части – 158 (93,5%) отмечалось улучшение психического состояния: выровнялось настроение, нормализовался сон, редуцировались навязчивые переживания.

Практические рекомендации

1. Врачам психотерапевтам студенческих поликлиник с целью раннего выявления студентов из группы риска формирования аддиктивного поведения и зависимостей на 1 курсе целесообразно проводить мониторинг – обследование при помощи предложенного опросника. При выявлении лиц из группы риска целесообразно проводить психотерапию, направленную на предупреждение формирования аддиктивного поведения и зависимостей. При сформированных аддикциях и зависимостях – проводить вторичную психопрофилактику.
2. Для эффективного выявления группы риска формирования аддиктивного поведения, наряду с применением указанного теста целесообразно верифицировать уровень тревоги и депрессии, социальной фрустрации и личностную незрелость.

ВЫВОДЫ

1. «Методика клинической скрининг-диагностики аддиктивного поведения и зависимостей», разработанная на основе исследовательских критериев МКБ-10 показала высокую внутреннюю согласованность (α -Кронбаха 0,94), валидность (93,9%) и ретестовую надежность ($r=0,71-0,99$), прошла клиническую верификацию и может быть рекомендована для внедрения в практику работы студенческих поликлиник.
2. Распространенность химических и нехимических вариантов аддиктивного поведения и зависимостей у студентов-медиков старших курсов составила 37,1% и была выше у лиц мужского (50%), чем женского (32,4%) пола. При этом мужской пол являлся фактором риска, в 3-7 раз повышающим вероятность развития табачной, игровой компьютерной, сексуальной и киберсексуальной аддикций и зависимостей.
 - 2.1. Аддиктивное поведение и зависимости сочетались между собой (от 2 до 9) у одного человека в 37,3% случаев без гендерных различий.
 - 2.2. Высокая коморбидность (43,1%) алкогольной аддикции и зависимости с интимными (любовной, сексуальной) связана с использованием алкоголя в качестве коммуникативного допинга, облегчающего установление контактов с предполагаемым партнером.
 - 2.3. Сочетание коммуникативных и некоммуникативных аддикций и зависимостей (55,8%) обусловлено использованием сети Интернет как средства для реализации общения (через социальные сети).
 - 2.4. Наиболее социально дезадаптирующими формами аддикций и зависимостей являлись алкогольная, киберсексуальная и сексуальная.

3. Клинико-психопатологическими факторами риска формирования аддиктивного поведения и зависимостей являются пограничные психические расстройства донозологического и клинического уровня, проявляющиеся тревогой и депрессией с преобладанием невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств. При этом психические расстройства во много раз увеличивают риск развития аддиктивного поведения: аффективные расстройства настроения – более чем в 8 раз; невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства – в 7 раз и расстройства личности – в 4 раза.
4. Индивидуально-личностными факторами риска формирования аддиктивного поведения и зависимостей у студентов-медиков являются: мужской пол, низкий эмоциональный интеллект, высокая социальная фрустрированность, заниженный уровень самооценки, личностная незрелость (недостаточная ответственность, терпимость, преобладание негативного мышления). Социально-средовые факторы представлены слабой позицией отца в семье, отсутствием доверительных отношений между отцом и ребенком). Отдельную роль играли отсутствие учебной мотивации и разочарование в будущей профессии.
5. Комплексный терапевтический подход к оказанию психотерапевтической помощи студентам с аддиктивным поведением должен учитывать клиническую структуру психических расстройств, вид зависимости и степень ее выраженности. При химических аддикциях и зависимостях стратегической задачей является выработка аверсивной реакции и триггерное переключение на конструктивный вид деятельности. При интерперсональных аддикциях и зависимостях (любовная и сексуальная) целью является устранение отрицательных эмоций и чувства зависимости, снижение уровня тревоги с последующим формированием позитивного мышления. При Интернет-ассоциированных аддикциях и зависимостях важное значение имеет переориентация личности на живое общение.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Руженков В.А., Лукьянцева И.С., Руженкова В.В. Аддиктивное поведение: систематика, распространенность и профилактика [Текст] // Научные ведомости БелГУ: серия Медицина, Фармация. – 2015. – №10 (207). – Вып. 30. – С.13-25.
2. Руженков В.А., Лукьянцева И.С. Новые возможности клинической скрининг-диагностики риска формирования аддиктивного и зависимого поведения [Текст] // Научные ведомости БелГУ: серия Медицина, Фармация. –2016. – № 19 (240). – Вып.35. – С. 36-48.

3. **Лукьянцева И.С.,** Руженков В.А. Клиническая скрининг-диагностика аддиктивного и зависимого поведения: Учебно-методическое пособие. –Белгород: ООО «ЭПИЦЕНТР», 2016. – 64 с.
4. Руженков В.А., **Лукьянцева И.С.** Распространенность аддиктивного поведения у студентов медиков [Текст] // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2016. – № 9. – С. 14-19.
5. **Лукьянцева И.С.** Киберсексуальная аддикция у лиц юношеского возраста (клинико-психопатологический и социально-психологический аспект) [Текст] / И.С. Лукьянцева, В.А. Руженков // Психическое здоровье. – 2017. – № 11. – С. 24-31.
6. **Лукьянцева И.С.** Эротические аддикции и зависимости у лиц молодого возраста [Текст] / И.С. Лукьянцева, В.А. Руженков // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2017. – № 10 (93). – С. 56-62.
7. **Лукьянцева И.С.** Распространенность аддиктивного поведения у студентов старших курсов медицинского института (систематика, факторы риска и профилактика) [Текст] / И.С. Лукьянцева, В.А. Руженков // Актуальные вопросы совершенствования медицинской помощи и профессионального медицинского образования: сб. материалов медицинского форума. – Белгород: ИД «Белгород» НИУ БелГУ, 2017. – С. 112-114.
8. **Лукьянцева И.С.** Аддиктивное поведение студентов медиков старших курсов (клинико-психологические характеристики и подходы к психопрофилактике) [Текст] // XIII Всероссийская Школа молодых психиатров «Суздаль-2017», г. Суздаль, 23-28 апреля 2017. Сборник материалов школы. – С. 202-206.
9. **Лукьянцева И.С.** Распространенность аддиктивного поведения и зависимостей среди студентов медиков и их коморбидность с психическими расстройствами [Текст] // VII международный молодежный медицинский конгресс «Санкт-Петербургские научные чтения-2017» / Отв. ред. Н.А. Гавришева. – СПб., 2017. – С. 302.
10. Ruzhenkov V.A., Lukyantseva I.S., V.V. Ruzhenkova et al. Clinical structure and comorbidity of additive behavior and dependencies in medical students [Text] / **I.S. Lukyantseva,** V.V. Ruzhenkova, J.N. Gomelyak // Helix. –2018. – Vol. 8 (1). – P. 2597-2601.
11. **Лукьянцева И.С.,** Руженков В.А. Медико-психологическая помощь при аддиктивном поведении у студентов медиков (дифференцированные подходы и эффективность) [Электронный ресурс] / И.С. Лукьянцева, В.А. Руженков // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 2. URL: <http://www.science-education.ru/article/view?id=27511>

Подписано в печать 22.10.2018. Формат 60×84/16.
Гарнитура Times New Roman. Усл. п. л. 1,0. Тираж 100 экз. Заказ 269.
Оригинал-макет подготовлен и тиражирован в ООО «ЭПИЦЕНТР»
308010, г. Белгород, ул. Б. Хмельницкого, 135, офис 1