

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневиц

« 14 » _____ 2018 г.

Регистрационный номер № 188-1218

**МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕРОЯТНОСТИ АЛКОГОЛЬНОГО
АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО
ВОЗРАСТА ИЗ ПРОБЛЕМНЫХ СЕМЕЙ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ:

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического
здоровья»

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

АВТОРЫ: д.м.н., профессор Копытов А.В., Климович Е.А., Быченко И.В.,
Марудина К.В., к.м.н., доцент Максимчук В.П.

Минск, 2018

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) изложен метод оценки вероятности алкогольного аддиктивного поведения у подростков из проблемных семей, который может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на лечение синдрома зависимости от алкоголя и употребления алкоголя с вредными последствиями.

Инструкция предназначена для врачей-психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов и других врачей-специалистов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам подросткового возраста с алкогольным аддиктивным поведением.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Заболевания, вызванные употреблением алкоголя: употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1), синдром зависимости от алкоголя (F10.2) у подростков.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- сочетанное употребление психоактивных веществ;
- выраженные когнитивные нарушения, препятствующие целенаправленной коммуникации и выполнению тестов;
- другие сомато-неврологические расстройства, препятствующие выполнению заданий.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ

1. Белорусский индекс тяжести аддикции для клинического применения и обучения («Б-ИТА», версия 2.3-3.01.2001) [Позняк В.Б., 2001];
2. Тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя - AUDIT;

3. Международная классификация болезней десятого пересмотра (далее - МКБ-10);
4. Методика «Мотивация потребления алкоголя» [Завьялов В.Ю., 2003];
5. Опросник «Перцептивная оценка типа стрессоустойчивости» [Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М., 2002];
6. Опросник социальной поддержки «F-SOZU-22» [Холмогорова А.Б., 2006];
7. Шкала ситуационной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина;
8. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) [Тарабрина Н.В., 2001];
9. Торонтская шкала алекситимии (TAS) в адаптации Ересько Д.Б. и др. 2005 г. (создана G.J. Taylor и соавт. в 1985 г.);
10. Опросник SF-36 (Health status profile – Short form 36) [Ware J.E., 1992];
11. Опросник «Родителей оценивают дети» [Фурманов И.А., Аладьин А.А., 1999].

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДА

Метод, изложенный в настоящей инструкции, реализуется поэтапно:

1 этап. На первом этапе применяется скрининг-тест AUDIT для выявления нарушений, связанных с употреблением алкоголя, вероятности алкогольной зависимости (АЗ). Набранный балл по тесту AUDIT ≥ 8 позволяет включить подростка в группу риска для дальнейшего детального обследования на предмет диагностики АЗ и ассоциированных с ней факторов риска.

2 этап. После проведения теста AUDIT определяются основные социально-демографические факторы, способствующие формированию алкогольного аддиктивного поведения у подростков. Для сбора анамнеза и основных социально-демографических характеристик используется «Б-ИТА» (версия 2.3-3.01.2001).

Наиболее значимыми социально-демографическими факторами риска для формирования алкогольного аддиктивного поведения у подростков из

проблемных семей являются следующие: наличие отягощенной наследственности по алкоголизму; трудности в обучении; нарушений общественных правил и норм; авторитарные отношения или гиперопека со стороны родителей; воспитание в неполной семье.

Вышеперечисленные факторы оцениваются в один балл и их наличие повышает риск развития алкогольного аддиктивного поведения в виде употребления алкоголя с вредными последствиями и АЗ.

3 этап. *Определение мотивации употребления алкоголя* с использованием опросника «Мотивы потребления ПАВ». Опросник включает 45 информативных утверждений. В основе ответов лежит шкала Лайкерта с вариантами «да», «скорее да», «сомневаюсь», «скорее нет», «нет». Утверждения объединяются в шкалы и субшкалы, соответствующие основным МПА. По результатам опросника выявляется 3 группы шкал, каждая из которых имеет по 3 субшкалы. Первая шкала социально-психологических мотивов включает: 1. Традиционные (Тр), культурально распространенные мотивы. 2. Субмиссивные (Сб), отражающие подчинение давлению других людей. 3. Псевдокультурные (Пс), стремление человека приспособить свой личный опыт к «алкогольным ценностям» микросреды. Вторая шкала - личностных мотивов включает: 4. Гедонистические (Гд), стремление получить физическое и психологическое удовольствие от действия алкоголя. 5. Атарактические (Ат), связанные с желанием нейтрализовать негативные эмоциональные переживания. 6. Мотивы гиперактивации (Га) поведения и насыщения стимулами при относительной сенсорной депривации. Третья шкала патологических мотивов включает: 7. Абстинентные (Аб) - стремление снять явления абстинентного синдрома. 8. Аддиктивные (Ад) - «пристрастие» к алкоголю, фиксация в сознании влечения к нему. 9. Самоповреждение (Сп) - стремление к употреблению алкоголя назло себе и другим в качестве протеста, потери перспективы, утраты смысла трезвости.

Максимальные оценки выявляют доминирование того или иного вида мотивов потребления алкоголя. Мотивы употребления являются актуальными при абсолютном значении более 5 баллов.

Наиболее актуальными мотивами употребления алкоголя для данной категории лиц, являются: атактические ($\geq 21,1$), псевдокультуральные ($\geq 20,9$), гиперактивации ($\geq 20,9$).

Значения актуальных мотивов, превышающие указанные выше оцениваются в один балл и позволяют отнести данную категорию лиц к группе риска. Учитывая представленные данные, можно определить верифицировать применения индивидуальных психотерапевтических методов.

4 этап. *Перцептивная оценка типа стрессоустойчивости.* Выявление типа стрессоустойчивости проводится с использованием соответствующего опросника, «состоящего из вопросов, предполагающих три варианта ответов: «да», «нет», «не знаю». По результатам обработки опросника выделяют несколько типов стрессоустойчивости. От 0 до 10 баллов - тип Б. Люди такого типа четко определяют цели своей деятельности и выбирают оптимальные пути их достижения. Они стремятся справиться с трудностями сами, трудности и их возникновение подвергают анализу, делают правильные выводы. Могут долгое время работать с большим напряжением сил. Умеют и стремятся рационально распределять время. Неожиданности, как правило, не выбивают их из колеи. Люди типа Б стрессоустойчивые. От 11 до 20 баллов - склонность к типу Б. Стрессоустойчивость проявляется редко. От 21 до 30 баллов - склонность к типу А. Неустойчивость к стрессам проявляется часто. От 31 до 40 баллов - тип А. Люди такого типа характеризуются стремлением к конкуренции, достижению цели, обычно бывают не удовлетворены собой и обстоятельствами и начинают рваться к новой цели. Часто они проявляют агрессивность, нетерпеливость, гиперактивность, у них быстрая речь, постоянное напряжение лицевой мускулатуры.

Выделены пороговые значения уровня стрессоустойчивости для подростков, которые относятся к группе риска формирования алкогольной

аддикции - $\geq 23,27$ баллов. Данные значения соответствуют типу А, что проявляется в частой неустойчивости к стрессу. Низкая стрессоустойчивость является значимым фактором риска, влияющим на формирование алкогольного аддиктивного поведения. Превышение установленных пороговых значений оцениваются в один балл для определения общего суммарного показателя риска.

5 этап. *Особенности социальной поддержки. Опросник социальной поддержки «F - SOZU-22».* Позволяет получить важные данные относительно особенностей воспринимаемой социальной поддержки. Опросник состоит из 22 утверждений и предназначен для обследования лиц в возрасте от 14 до 99 лет. Специалисты по проведению исследования для ответов предлагают шкалу Лайкерта, где на одном полюсе имеется ответ «совсем не соответствует» на другом «почти полностью соответствует». Каждый ответ имеет балльную оценку. В соответствии с ключом определяется суммарное количество баллов по 4 основным шкалам: эмоциональной поддержки; инструментальной поддержки; социальной интеграции; удовлетворенности социальной поддержкой. Одной из особенностей данного опросника является не только диагностика вида получаемой социальной поддержки, но и степень удовлетворенностью ей. Опросник является активным инструментом практических и теоретических исследований. Кроме того, он служит психотерапевтическим средством и широко применяется в психотерапевтической и консультативной практиках. Диагностика уровня социальной поддержки с помощью опросника позволяет оценивать специфику социальных связей, как в общей популяции, так и у пациентов психиатрической и общесоматической практики.

Установлены пороговые значения видов социальной поддержки группы риска алкогольной аддикции (в баллах) у подростков из проблемных семей: эмоциональная - $\leq 25,32$, инструментальная - $\leq 9,04$, удовлетворенность поддержкой - $\leq 6,16$. Подростки, входящие в группу риска развития алкогольного аддиктивного поведения имеют удовлетворенность социальной

поддержкой < 64%. Более низкие значения от установленных пороговых значений оцениваются в один балл для определения общего суммарного показателя риска.

6 этап. *Особенности проявления тревожности у лиц группы риска.* «Шкала ситуационной и личностной тревожности» Ч.Д. Спилбергера. Методика «Шкала ситуационной и личностной тревожности» Ч.Д. Спилбергера является надежным и информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). На русскоязычной выборке тест был адаптирован Ю.Л. Ханиным. Шкала состоит из перечня утверждений, где испытуемый оценивает свое состояние в зависимости от выраженности данного суждения: «никогда», «почти никогда», «часто», «почти всегда». Диагностика состояния испытуемого проводится в несколько этапов: вначале испытуемый оценивает, как себя чувствует в данный момент, затем просят оценить свое самочувствие в обыденной обстановке, как чувствует себя обычно. Обработка результатов производится в соответствии с ключом. При интерпретации показателей используют ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов – низкая тревожность, 31 - 44 балла – умеренная тревожность; 45 и более – высокая тревожность, т.е. чем выше балл, тем выше уровень тревожности.

С помощью шкалы Спилбергера были выявлены пороговые значения данных видов тревожности у лиц группы риска развития алкогольной зависимости подросткового возраста (в баллах): личностная тревожность - $\geq 37,05$; ситуативная тревожность - $\geq 34,32$. Значения уровней ситуативной и личностной тревожности выше установленных пороговых значений, позволяют оценить результат в один балл для определения общего суммарного показателя риска развития АЗ.

7 этап. «Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R)». Оценка клинических симптомов, таких как тревожность, межличностная тревожность и фобия, произведена с помощью опросника SCL-

90-R. Русскоязычный вариант адаптирован Тарабриной Н.В. Методика предназначена для определения актуального психологического симптоматического статуса. Опросник включает 90 утверждений, сгруппированных в ряд шкал (соматизация (SOM); обсессивно-компульсивные расстройства (O-C); интерперсональная сензитивность (INT); депрессия (DEP); тревожность (ANX); враждебность (HOS); навязчивые страхи (фобии) (PHOB); паранояльность (PAR); психотизм (PSY); общий индекс уровня психотического дистресса (GSI); индекс интенсивность наличного дистресса (PSI); индекс широты диапазона симптоматики индивида (PDSI). Каждый из 90 утверждений оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 – совсем нет, а 4 – очень сильно. Обработка производится в соответствии с ключом опросника.

После проведенной оценки данных симптомов было выявлено среднее значение по данным шкалам для группы риска формирования АЗ, которые связаны с проявлением тревожности: «тревожность (ANX)» - $0,54 \pm 0,18$; «интерперсональная сензитивность (INT)» - $0,57 \pm 0,29$; «фобия (PHOB)» - $0,20 \pm 0,13$. Полученные данные являются пороговыми значениями для подростков, где превышение указанных значений оцениваются в один балл и является основанием для включения в определение суммарного показателя для определения риска развития АЗ. Кроме того, наличие индивидуальных психопатологических симптомов определяют применение индивидуальных психотерапевтических методов.

8 этап. *Торонтская шкала алекситимии (TAS)*. Методика направлена на изучение алекситимии - личностного свойства, обуславливающего сниженную способность или трудности в вербализации эмоциональных состояний. TAS - единственный способ измерения алекситимии, который соответствует требованиям, предъявляемым к тесту, подходящему как для клинических, так и для исследовательских целей, и который превосходит другие измерения алекситимии (построенные по принципу самоотчета). TAS является валидной методикой оценки структуры алекситимии и адекватна для использования в клинических и научно-исследовательских целях.

Сумма баллов по всем пунктам и есть итоговый показатель алекситимии. Теоретическое распределение результатов возможно от 26 до 130 баллов. По данным авторов методики, «алекситимический» тип личности получает 74 балла и выше, «неалекситимический» - 62 балла и ниже.

Пороговые значения уровня алекситимии для подростков группы риска формирования алкогольной аддикции - $\geq 62,5$ баллов. превышение указанных значений оцениваются в один балл и является основанием для включения в определение суммарного показателя для определения риска развития АЗ у данного контингента.

9 этап. *Качество жизни у подростков с АЗ. Опросник SF-36.* Данная методика адаптирована «Институтом клинико-фармакологических исследований» (Санкт-Петербург) и включает 36 пунктов, которые сгруппированы в восемь качеств жизни (КЖ): PF – физическое функционирование, RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, BP – интенсивность боли, GH – общее состояние здоровья, VT – жизненная активность, SF – социальное функционирование, RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, MH – психическое здоровье. Все шкалы формируют два компонента качества жизни: физическое (PH) и психологическое (MH) благополучие. Показатели каждой шкалы варьируются между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье.

Выделены пороговые значения шкал КЖ у подростков из группы риска развития алкогольной зависимости: RP $\leq 83,1 \pm 1,4$; BP $\leq 91,2 \pm 0,7$; GH $\leq 58,7 \pm 0,9$; VT $\leq 58,3 \pm 0,7$; RE $\leq 76,1 \pm 1,7$; MH $\leq 67,1 \pm 0,7$; MH (психологический компонент здоровья) $\leq 45,4 \pm 0,3$.

Значения шкал, имеющие показатели ниже указанных пороговых значений оцениваются в один балл и позволяют отнести подростка к группе риска развития АЗ.

10 этап. *Особенности детско-родительских отношений* исследовали с помощью опросника «Родителей оценивают дети» (РОД). Опросник РОД

создан на базе методики «Анализ семейного воспитания» И.А. Фурмановым и А.А. Аладьиным. Методика предназначена для изучения представлений ребенка о стиле семейного воспитания. Использование этой методики позволяет обнаружить наличие проблем в представлениях членов семьи.

Опросник содержит 120 утверждений, которые позволяют получить информацию по 18 шкалам: Г+ (Гиперпротекция) - родители уделяют ребенку крайне много времени, сил и внимания, воспитание стало центральным делом их жизни; Г- (Гипопротекция) - ситуация, при которой ребенок оказывается на периферии внимания родителей, до него «не доходят руки», родителю «не до него»; У+ (Потворствование) - родители стремятся к максимальному и некритическому удовлетворению любых потребностей ребенка; У- (Игнорирование потребностей ребенка) - недостаточное стремление родителя к удовлетворению потребностей ребенка; Т+ (Чрезмерность требований-обязанностей) - требования к ребенку очень велики, непомерны, не соответствуют его возможностям; Т- (Недостаточность требований-обязанностей ребенка) - ребенок имеет минимальное количество обязанностей в семье; З+ (Чрезмерность требований-запретов) - в этой ситуации ребенку «все нельзя». Ему предъявляется огромное количество требований, ограничивающих его свободу и самостоятельность; З- (Недостаточность требований-запретов к ребенку) - в этом случае ребенку «все можно». Ребенок легко нарушает запреты, зная, что с него никто не спросит; С+ (Чрезмерность санкций) - тип воспитания этих родителей - «жестокое обращение с ребенком»; С- (Минимальность санкций) - родители предпочитают либо вовсе обходиться без наказаний, либо применяют их крайне редко; Н (Неустойчивость стиля воспитания) - характеризуют неустойчивость эмоциональных отношений в семье; РРЧ (Расширение сферы родительских чувств); ПДК (Предпочтение в подростке детских качеств); ВН (Воспитательная неуверенность родителя); ФУ (Фобия утраты ребенка); НРЧ (Неразвитость родительских чувств); ПНК (Проекция на ребенка собственных нежелательных качеств); ВК (Вынесение

конфликта между супругами в сферу воспитания). Подсчет баллов и интерпретация производится в соответствии с ключом опросника.

Наиболее значимые особенности взаимоотношений в семье, которые способствуют развитию алкогольного аддиктивного поведения: гипопротекция; неустойчивость стиля воспитания; неразвитость родительских чувств.

Для подростков мужского пола наиболее актуальными особенностями взаимоотношений в семье являются гипопротекция, потворствование, чрезмерность требований-обязанностей, чрезмерность требований-запретов; женского пола - ингибирование потребностей ребенка, чрезмерность санкций.

Воспитание ребенка в указанных условиях взаимоотношений с родителями и преобладании указанного стиля воспитания, позволяет отнести данную категорию лиц к группе риска формирования алкогольного аддиктивного поведения и оценить в один балл для определения общего суммарного показателя. Полученные результаты могут определять психотерапевтические вмешательства для методов групповой психотерапии.

Диагностика выявления риска алкогольного аддиктивного поведения в подростковом возрасте из проблемных семей определяется сочетанием вышеуказанных факторов (значения выше и ниже пороговых, установленных в настоящей инструкции) рассчитывается и определяется следующим образом: Балл по тесту AUDIT ≥ 8 + ≥ 1 социальных факторов + ≥ 1 актуальных мотивов + значения стрессоустойчивости превышающие установленные пороговые значения + ≥ 1 видов социальной поддержки и пороговые значения удовлетворенности социальной поддержки + наличие указанного уровня личностной или ситуационной тревожности + ≥ 1 из указанных психопатологических симптомокомплексов + наличие алекситимических тенденций + ≥ 1 шкал качества жизни имеющие низкие пороговые значения + преобладание одного и более из выявленных стилей воспитания и типа взаимоотношений в семье. Баллы суммируются, и показатель ≥ 17 баллов (с учетом балла по тесту AUDIT) позволяет определить риск формирования алкогольного аддиктивного поведения с формированием в последующем

алкогольной зависимости и употребления алкоголя с вредными последствиями у лиц подросткового возраста из проблемных семей. Кроме того, установленные факторы риска могут являться мишенями для индивидуальных психотерапевтических вмешательств.

Индивидуальное воздействие факторов риска и их комплексное одновременное воздействие может несколько отличаться, так как взаимовлияние некоторых факторов риска друг на друга может ослаблять или усиливать их воздействие по сравнению с изолированным их влиянием. В качестве одного из вариантов выявления риска алкогольного аддиктивного поведения можно воспользоваться статистической моделью (основанной на уравнении регрессии), которая учитывает совокупность воздействия вышепредставленных наиболее актуальных факторов. Полученные коэффициенты уравнения позволяют диагностировать степень риска формирования алкогольного аддиктивного поведения индивидуально у каждого субъекта. Основные составляющие уравнения регрессии следующие: наличие отягощенной наследственности (x_1); трудности в обучении (x_2); авторитарные отношения со стороны родителей (x_3); гиперопека со стороны родителей (x_4); воспитание в неполной семье (x_5); наличие алекситимии (x_6); атактические мотивы (x_7); псевдокультуральные мотивы (x_8); мотивы гиперактивации (x_9); низкая стрессоустойчивость (x_{10}); низкая эмоциональная поддержка (x_{11}); низкая инструментальная поддержка (x_{12}); низкая удовлетворенность социальной поддержкой (x_{13}); симптомокомплекс «тревожность» (x_{14}); симптомокомплекс «интерперсональная сензитивность» (x_{15}); симптомокомплекс «фобии» (x_{16}); гипопротекция (x_{17}); неустойчивость стиля воспитания (x_{18}); и неразвитость родительских чувств (x_{19}).

Уравнение регрессии модели риска формирования алкогольного аддиктивного поведения:

$$P = 1 / (1 + e^{-z}),$$

где $z = 0,419 \cdot x_1 + 0,254 \cdot x_2 + 0,850x_3 + 0,305x_4 + 2,918 \cdot x_5 - 0,193 \cdot x_6 + 0,204 \cdot x_7 + 2,284x_8 + 0,237 \cdot x_9 + -0,988 x_{10} + 0,344 \cdot x_{11} + 0,75x_{12} + 0,889 x_{13} + 0,418x_{14} + 0,746x_{15} + 0,085x_{16} + -0,008 x_{17} + -0,001x_{18} + 0,045x_{19} + 36,578$.

Метод выявления риска алкогольного аддиктивного поведения следует учитывать при проведении и составлении программ медицинской профилактики и лечения алкогольной зависимости, употребления алкоголя с вредными последствиями у подростков из проблемных семей.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОШИБОК, ОГРАНИЧЕНИЙ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Метод оценки вероятности алкогольной аддикции у подростков с использованием данной инструкции, требует определенной последовательности выполнения указанных в инструкции этапов.

При работе с данной возрастной категорией следует учитывать некоторые особенности, которые могут повлиять на ход проведения данного метода оценки вероятности алкогольных аддиктивных проблем. Одной из этих особенностей является установка контакта с пациентом. Подростки могут быть психологически закрыты, давать формальные или ложные ответы на вопросы, задания методик и тестов, что приведет к недостоверным результатам. Для того чтобы избежать данных трудностей, специалисту следует проявлять эмпатическое слушание при установлении контакта, быть искренним перед подростком, не давать оценок и осуждений.

Перед тем как подростку будет предъявлен тест/опросник, следует более подробно разъяснить инструкцию выполнения заданий методики. Это условие позволит удостовериться в правильном заполнении опросника подростком.

В работе с подростками также следует учитывать ограниченное время проведения исследования и дозированную нагрузку. Соблюдение данных особенностей позволит получить достоверную информацию о состоянии пациента и его психологических особенностях.