

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕПРЕССИВНОСТИ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ МУЖСКОГО ПОЛА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
РНПЦ психического здоровья

Проведено клиническое наблюдательно-аналитическое исследование с использованием направленного формирования исследовательских групп методом случай-контроль. Выборка была представлена основной группой (ОГ) из 397 человек с алкогольной зависимостью (АЗ), контрольной группой (КГ) из 213 человек и группой сравнения (ГС) из 232 человек. Клиническая диагностика производилась в соответствии с МКБ-10, AUDIT, «Б-ИТА» (версия 2.3-3.01.2001). В результате исследования установлено, что в ОГ достоверно больше лиц, склонных к депрессивным реакциям. Полученные данные можно использовать при составлении коррекционных программ с учетом специфичности и особенностей клиники заболевания.

Ключевые слова: синдром алкогольной зависимости, депрессивность, депрессия, подростки, молодые люди.

A.V. Kopytov, L.Z. Sitko

THE CORRELATION OF DEPRESSIVITY AND ALCOHOL DEPENDENCE IN MALE ADOLESCENTS AND YOUNG PEOPLE

We conducted a clinical observational analytical research with directed compilation of research groups using the case-control method. The sample was represented with the main group of 397 subjects with alcohol dependence, the control group of 213 subjects and the comparison group of 232 subjects. The clinical diagnostics was conducted according to ICD-10, AUDIT, «B-ASI» (version 2.3-3.01.2001). The research results showed that the number of subjects prone to depressive reactions in the main group is significantly higher. The data obtained can be used when developing correction programs taking into account the specificity and peculiarities of disease history.

Key words: alcohol dependence syndrome, depressivity, depression, adolescents, young people.

Во многих случаях алкоголизм и депрессия коморбидны [13, 20]. Schuckit [26] предполагает, что от одной четверти до двух третей субъектов с алко-

лизмом имеют достаточно серьезные признаки депрессии, приводящие к нарушению функционирования.

Deykin и др. (1987) [17] установили, что депрессия

предшествует употреблению ПАВ, а Riggs и др. [16] предположили, что употребление ПАВ может временно уменьшить дисфорическое настроение. Дисфоричные и депрессивные дети с демонстративным поведением подвержены риску злоупотребления ПАВ [19].

Не много доступной информации относительно взаимосвязей депрессии и алкогольной зависимости (АЗ) среди подростков. Некоторые поперечные исследования школьников показали, что существует связь между депрессивными симптомами и алкогольным поведением [14, 26]. Клинические исследования подростков также демонстрируют, что депрессия и употребление алкоголя коморбидны [10]. Подростки мужского пола, со значительно сниженным настроением подвержены более высокому риску раннего употребления алкоголя [22]. Дети с девиантным поведением и депрессией подвергаются риску злоупотребления алкоголем в более позднем возрасте [23].

В настоящее время общепризнано, что депрессия является распространенным заболеванием у молодых людей. Распространяется мнение, что депрессия в детстве увеличивает риск ее рецидивов и суицидального поведения в подростковом возрасте [7, 9]. Повышение уровня суицидального поведения у молодых людей является еще одной причиной для беспокойства, хотя истинные его причины не совсем ясны. Одна из вероятных причин – взаимосвязь со злоупотреблением ПАВ. Чаще определяющими причинными и провоцирующими факторами являются генетические нагрузки, экологические проблемы, нагрузки в школе, проблемы в семейных отношениях. Однако дети, которые злоупотребляют ПАВ, довольно часто страдают истинной депрессией [7, 9].

Исследование природы отношений между потреблением алкоголя и депрессией позволяет установить влияние степени выраженности депрессии на эти взаимодействия [12, 18]. Подростки, которые сообщают о симптомах депрессии, начинают курить и употреблять наркотики намного ранее, даже если степень расстройств у них на уровне обычного снижения настроения [18]. Novens показал, что только выраженная депрессия не предшествует злоупотреблению ПАВ [21]. Различия результатов могут объясняться множеством факторов, включая личностные характеристики, вид, тяжесть на-

рушений, хотя описание предполагает, что некоторые молодые люди употребляют ПАВ с целью самолечения существующей депрессии, и отказ от такого вида профилактики представляет опасность для выраженной депрессии. Deukin и др. установили, что в 16-19 лет начало большого депрессивного эпизода (распространенность 8,2 %) обычно предшествует злоупотреблению алкоголем [17].

У депрессивных лиц, страдающих алкоголизмом, чаще встречается хроническое течение депрессии и суицидальное поведение, чем у людей с каким-то одним из этих диагнозов [22, 24, 25]. Shafii и др. (1988) выявили, что комбинация нарушений настроения и злоупотребления ПАВ намного чаще распространена у совершивших самоубийство (81 %) по сравнению с контрольными группами (29 %) [11].

Депрессивные пациенты с алкогольными проблемами в целом имеют более высокий уровень агрессии и импульсивности, и более часто сообщают о злоупотреблении ПАВ. Лица с алкоголизацией в более молодом возрасте переживали первый депрессивный эпизод и первую госпитализацию в стационар, чем лица без алкогольного анамнеза. Суицидальное поведение и большее количество суицидальных мыслей у депрессивных лиц с алкогольными проблемами может быть обусловлено более высокой агрессивностью в этой группе [8].

В данной работе представлено исследование, проведенное в 2009-10 гг. в рамках НИР прикладного раздела ГКПНИ «Современные технологии в медицине» «Разработка новых медицинских технологий, изделий медицинского назначения и их внедрение в практическое здравоохранение» на 2006-2010 гг. по заданию «Аспекты раннего алкоголизма: генетические, клинико-биологические и психосоциальные предпосылки развития в подростковом и молодом возрасте» № 20101604 (Договор № 01-10/ФИ от 10 мая 2009 г.).

Дизайн исследования: клиническое обсервационно-аналитическое исследование с использованием направленного формирования исследовательских групп методом случай-контроль.

Цель исследования: изучение депрессивности у подростков и молодых людей мужского пола с алкогольной зависимостью для обоснования методов профилактики и лечебно-реабилитационных программ.

Таблица 1. Общая характеристика выборки

Параметры		Исследовательские группы				p
		ОГ n=397	КГ n=213	ГС1 n=53	ГС2 n=179	
Возраст (лет)		21,11±0,3	21,59±0,23	34,1± 1,5	37,8±0,7	$P_{1,2-3,4} < 0,05$ $P_{1,2} > 0,05$
Образование	Среднее (%)	58,9	47,9	35,8	36,9	$P_{1,2,3,4} < 0,05$
	Ср./специал.(%)	39,1	42,9	56,7	55,3	$P_{1,2,3,4} < 0,05$
	Высшее (%)	2,0	19,2	7,5	7,8	$P_{2,1,2,4} < 0,05$
Период (лет) формирования АЗ или злоупотребления		2,75±0,16	-	3,46± 0,56	10,25± 0,55	$P_{1,3-4} < 0,05$ $P_{1,3} > 0,05$
Возраст начала употребления алкоголя (лет)		15,02±0,2	16,01±0,57	17,1±0,6	17,1±0,25	$P_{1,2,3,4} < 0,05$
Стаж АЗ (лет)		3,54± 0,2	-	12,4±1,6	10,8± 0,6	$P_{1,3,4} < 0,05$
Отягощенная наследственность по АЗ (%)		67,0	33,5	73,1	54,2	$P_{1,3,2,4} < 0,05$
Место жительства город/село (%)		66,1 33,9	70,9 29,1	28,8 71,2	46,9 53,1	$P_{1,2-3,4} > 0,05$
AUDIT (баллы)		24,27±0,7	4,54±0,54	28,6±1,12	29,5±0,8	$P_{2,1,3,4} < 0,05$

Таблица 2. Удельный вес (%) лиц со склонностью к депрессивным реакциям в группах

Склонность к депрессивным реакциям	ОГ (%)	КГ (%)	ГС1 (%)	ГС2 (%)
Присутствует	8,1	2,5	9,4	5,9
Отсутствует	91,9	97,5	90,6	94,1

Задачи исследования: определить уровень депрессивности у лиц подросткового и молодого возраста, страдающих алкогольной зависимостью; определить уровень депрессивности лиц группы контроля и группы сравнения; провести анализ депрессивности с учетом скорости формирования и стажа алкогольной зависимости; изучить влияние депрессивности на формирование алкогольной зависимости и их взаимосвязь у подростков и молодых людей с алкогольной зависимостью; с учетом полученных данных обосновать необходимость проведения коррекционных мероприятий.

Характеристика выборки. В исследование были включены 842 субъекта мужского пола. В соответствии с дизайном и целью исследования общая выборка состояла из нескольких групп. Первая группа являлась основной (ОГ) и состояла из 397 субъектов мужского пола подросткового и молодого возраста с алкогольной зависимостью, состоящих на учете и/или проходивших лечение у врачей-наркологов. Вторая группа, состоящая из 213 человек без АЗ, являлась контрольной (КГ) и была сопоставима с основной по возрасту и основным социально-демографическим характеристикам. С учетом исследовательских принципов доказательной медицины выделена группа сравнения (ГС), куда вошли 232 субъекта, страдающих алкогольной зависимостью, возраст и стаж зависимости которых были достоверно больше, чем у лиц ОГ, и соответствовали среднестатистическим популяционным показателям для лиц, страдающих алкогольной зависимостью. Исследуемые ГС имели отличия между собой по скорости формирования алкогольной зависимости (период с возраста начала осознанного систематического употребления до возраста формирования зависимости). В связи с одной из предполагаемых гипотез исследования, о связи стажа алкоголизации и скорости формирования зависимости с депрессивностью, ГС разделена на 2 подгруппы: ГС1 – 53 человека с относительно быстрым формированием зависимости (среднее значение не отличалось от такового показателя в основной группе) и ГС2 – 179 человек с обычным (среднепопуляционным) формированием зависимости (достоверно медленнее, чем в основной группе и ГС1). Общая характеристика выборки представлена в таблице 1.

От всех испытуемых получено добровольное согласие на участие в исследовании.

Обследование проводилось при отсутствии клинических признаков состояния отмены. Из исследования исключались лица с острыми или хроническими соматическими заболеваниями, выраженными когнитивными нарушениями, наличием психотических нарушений, расстройств, препятствующих выполнению зада-

ний, а также с отказом от участия в исследовании.

Методы исследования. Клиническая диагностика алкогольных нарушений в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, AUDIT

[3], Белорусского индекса тяжести аддикции для клинического применения и обучения («Б-ИТА», версия 2.3-3.01.2001) [4].

Клинико-психологические инструменты: «Пятифакторный опросник личности» [6], SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised) [5], для оценки профиля выраженности психопатологической симптоматики [15, 16], тест В. Ю. Завьялова «Мотивы потребления алкоголя» (МПА) [1].

Статистическая обработка и оценка достоверности результатов производилась с использованием программы SPSS 17.0. Статистическая значимость различий при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Установлено, что в исследуемых группах количество лиц со склонностью к депрессивным реакциям имеет следующее распределение. Данные представлены в таблице 2.

Из результатов данных таблицы 2 следует, что в ОГ и ГС1 достоверно больше лиц, которые отмечают склонность к реагированию по депрессивному типу в стрессовых ситуациях ($\chi^2=8,02$; $p < 0,05$). Эти группы сходны между собой быстрым прогрессированием АЗ. При диагностической оценке отношения шансов влияния склонности к депрессивным реакциям на АЗ в ОГ установлена ее существенная значимость (OR=3,43; 95%CI [1,3; 9,1]; AUK=0,52; $p < 0,05$).

В ходе исследования также проведен анализ признаков, ассоциированных с депрессией и суицидальным поведением. Данные представлены в таблице 3.

В ОГ несколько больше лиц ($p > 0,05$), имевших попытку покончить с собой и суицидальные мысли. В КГ большое количество лиц, периодами испытывающих тоску, подавленность, безнадежность. В ОГ суицидальные мысли связаны с чувством тоски, подавленности ($c^2=21,4$; $p < 0,05$), скукой ($c^2=32,5$; $p < 0,05$), депрессией ($c^2=6,9$; $p < 0,05$). Суицидальные попытки в ОГ совершают субъекты, склонные испытывать чувство тоски, подавленности ($c^2=7,2$; $p < 0,05$), скуку ($c^2=36,6$; $p < 0,05$). При сравнении показателей c^2 у лиц ОГ, склонных испытывать чувство тоски, подавленности, безнадежности обнаруживается более тесная связь с наличием суицидальных мыслей, нежели с попытками их реализации.

Таблица 3. Доля дисперсии (%) лиц с признаками, ассоциированными с депрессией и суицидальным поведением

Признаки		ОГ (%)	КГ (%)	ГС1 (%)	ГС2 (%)
Бывали ли периоды чувства тоски, подавленности, безнадежности?	да	62	63,3	52,8	57,9
	нет	38	37,7	47,2	42,1
Мысли о самоубийстве	да	30,7	24,6	13,2	24,3
	нет	69,3	75,4	86,8	75,7
Попытки покончить с собой	да	13,3	9,6	9,4	11,6
	нет	86,7	90,4	90,6	88,4
Свойственно ли Вам испытывать скуку?	да	28,1	21,7	22,0	32,9
	нет	71,9	78,3	78,0	67,1

Таблица 4. Данные личностных черт депрессивности из «Пятифакторного опросника личности» в исследуемых группах

	ОГ (баллы)	КГ (баллы)	ГС1 (баллы)	ГС2 (баллы)
Выраженность депрессивности (баллы)	50,6±1,7	47,1±1,6*	50,2±1,5	51,1±1,4
Количество лиц с чертами депрессивности (%)	87,8	77,9	92,5	92,1

*-p<0,05

Однако говорить о связи совершаемых суицидальных попыток с последствиями алкоголизации или наличием АЗ не приходится из-за отсутствия достоверных отличий по этому параметру с данными в КГ (таблица 3).

Использование таблиц кросстабуляции, применительно к данным таблицы 3, не показало достоверной значимости различий показателей в исследуемых группах ни по одному учтенному параметру. Следует отметить лишь имеющиеся тенденции. ОГ и КГ существенно не отличаются по наличию признаков, ассоциированных с депрессией (таблица 3). Анализируя ситуацию с суицидальными тенденциями, следует отметить, что в ОГ суицидальные попытки связаны с чувством подав-

шенности депрессивности из «Пятифакторного опросника личности». Данные представлены в таблице 4.

По данным таблицы 4, в «алкогольных группах» показатели депрессивности достоверно не отличаются по абсолютным значениям (p>0,05) и выше (p<0,05), чем в КГ. Следовательно стаж и прогредиентность АЗ существенно не влияют на депрессивность, как личностную характеристику. Исходя из полученных данных, можно сделать заключение, что для лиц, страдающих АЗ, депрессивность является отличительной характеристикой.

При сравнении доли дисперсии лиц с наличием депрессивности в КГ достоверно ниже, чем в алкогольных группах ($\chi^2=20,3$; p<0,05). Это еще раз подтверждает

положение о наличии отличительной характеристики в виде депрессивности у лиц, страдающих АЗ. Депрессивность является относительно значимым индивидуальным фактором риска для формирования АЗ у лиц ОГ (OR=1,21; 95%CI [0,36; 4,1]; AUC=0,51;

Таблица 5. Данные корреляционного анализа депрессивности с МПА в ОГ

Мотивы употребления алкоголя	Депрессивность (r Пирсона)	Данные регрессионного анализа	p
Самоповреждающие	0,15	B=0,04; F=8,6	<0,05
Атарактические	0,11	B=0,03; F=4,5	<0,05

ленности и безнадежности ($\chi^2=7,2$; p<0,05), наличием суицидальных мыслей ($\chi^2=94,1$; p<0,05), склонностью испытывать скуку ($\chi^2=36,6$; p<0,05). Аналогичная ситуация наблюдается в КГ (соответственно, $\chi^2=4,4$; $\chi^2=50,9$; $\chi^2=24,3$; p<0,05). В ГС1 суицидальные попытки связаны только с наличием суицидальных мыслей ($\chi^2=21,5$; p<0,05) и имеется лишь тенденция связи со склонностью к депрессии ($\chi^2=6,07$; p=0,064). В ГС2 суицидальные попытки также связаны только с наличием суицидальных мыслей ($\chi^2=21,5$; p<0,05) и имеется лишь тенденция связи с чувством подавленности и безнадежности ($\chi^2=3,9$; p=0,053). Исходя из полученных данных, в ОГ и КГ суицидальные попытки связаны со всеми исследуемыми атрибутами суицидального поведения. В группах сравнения наблюдается достоверная связь суицидального поведения только с наличием суицидальных мыслей. Отсутствие достоверной связи суицидального поведения с депрессией и склонностью к ней в ГС можно объяснить отсутствием истинной депрессии у лиц, имеющих большой стаж АЗ. Суицидальные мысли и поведение могут возникать в состоянии отмены в виде постинтоксикационной депрессии или чаще дисфории. В этих случаях об истинной депрессивной симптоматике говорить не приходится. К тому же в диагностических инструментах речь идет о депрессивных реакциях вне алкогольных эксцессов.

p<0,05).

Проведен корреляционный анализ связи между личностными чертами депрессивности и мотивами употребления алкоголя. Данные в таблице 5.

Депрессивность в ОГ связана в основном с атарактическими и самоповреждающими мотивами (таблицы 5).

В КГ и ГС1 достоверных связей между депрессивностью и мотивами употребления алкоголя не установлено (p>0,05). В КГ это можно объяснить отсутствием проблем АЗ. В ГС2 имеется связь депрессивности со всеми патологическими мотивами (абстинентными r=0,15; аддиктивными r=0,19; самоповреждающими r=0,18; p<0,05).

Оценка депрессии как клинического симптома в ис-

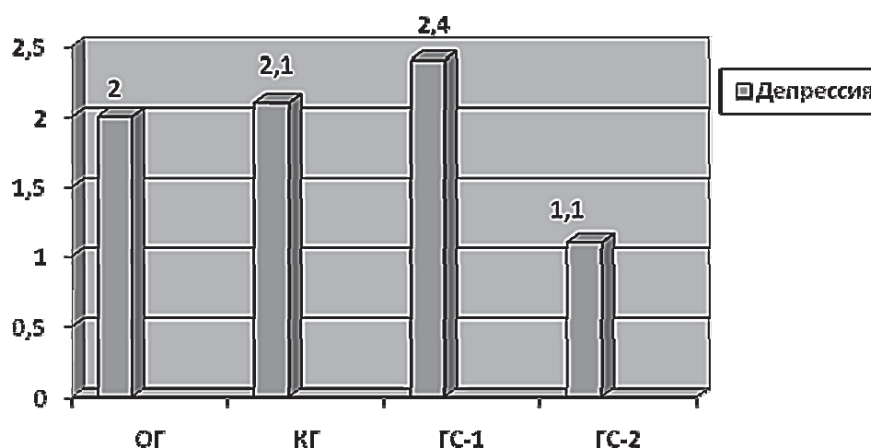


Рис. 1. Уровень депрессии (в баллах) по SCL-90-R в исследуемых группах

Таблица 6. Нормативные и экспериментальные данные по SCL-90-R для лиц ОГ

Шкалы	ОГ (баллы)	Норма (баллы)	t	p	Невротические расстройства (баллы)	t	p
Депрессивность	2,00	0,62	4,26	<0,05	1,56	0,8	0,18

следуемых группах производилась с помощью SCL-90-R. Клинические симптомы могут проявляться независимо и быть не связаны с личностными характеристиками. Иногда несоответствие высоких уровней депрессивности и низких уровней проявления депрессии на симптоматическом уровне может свидетельствовать о наличии достаточных компенсаторных ресурсов. Уровни депрессивности, как личностной характеристики, были определены несколько ранее. Для оценки депрессивности, как клинического феномена, была произведена статистическая обработка данных SCL-90-R. Данные на рисунке 1.

Наиболее низкие показатели депрессии в ГС2, а наиболее высокие – в ГС1 (рис. 1), несмотря на то, что в этих группах уровни депрессивности одинаковые (таблица 4). В ОГ и КГ уровни депрессии одинаковые, но личностные показатели депрессивности ниже в КГ (таблица 4). Это может указывать на недостаточность компенсаторных, защитных механизмов в ГС1 и КГ.

В SCL-90-R имеются стандартизированные баллы для условной нормы и для лиц, страдающих невротическими расстройствами. Данные статистического анализа представлены в таблице 6.

Уровень депрессивности в ОГ такой же, как и для лиц с депрессией при невротических расстройствах (таблица 6). Существенным отличием лиц с АЗ от лиц, страдающих невротическими расстройствами, является отсутствие субъективно предъявляемых жалоб и способы совладания с имеющимися расстройствами. Предположительно, лица ОГ практически не предъявляют жалоб на наличие депрессивной симптоматики из-за отсутствия возможности ее дифференцировать, так как регулярное употребление алкоголя временно дезактуализирует депрессивные нарушения невротического уровня. Больные невротическими расстройствами обычно предъявляют массу субъективно значимых жалоб, избегают приема алкоголя и непрерывно ищут медицинской помощи.

Учитывая данные таблицы 4, следовало бы предполагать, что лицам с более высокими показателями депрессивности должны соответствовать более выраженные клинические проявления депрессии. Однако данные, представленные на рисунке 1, позволяют в этом усомниться. С целью уточнения этих предположений проведен корреляционный анализ между симптомом депрессии и личностной депрессивностью.

Исходя из данных таблицы 7, следует отметить, что

Таблица 7. Корреляционные связи между уровнями депрессии и личностной депрессивностью в исследуемых группах

Клинические симптомы	Личностные характеристики			
	Депрессивность			
	ОГ		КГ	
	r Пирсона	p	r Пирсона	p
Депрессия	-	-	0,44	<0,05

связь между депрессией и личностной депрессивностью имеется только в КГ. В «алкогольных группах» таких закономерностей не отмечается.

Данные КГ отражают естественные популяционные закономерности, поэтому в ОГ имеются нарушения взаимосвязи депрессии и депрессивности. Объяснением этому является влияние последствий употребления алкоголя, которые являются базовым признаком отличия групп. Также возможно допустить, что на формирование этой взаимосвязи опосредованно влияют и другие факторы, характерные для лиц, страдающих АЗ.

Личностная характеристика депрессивность, которая более выражена у лиц, страдающих АЗ с быстрой прогрессивностью (рис. 1), может быть связана с алкогольной наследственностью, так как в этих группах больше удельный вес лиц, имеющих в роду проблемных родственников с АЗ. При статистическом анализе в ОГ не обнаружено достоверных отличий в показателях депрессивности ($50,5 \pm 2,1$ и $50,6 \pm 2,6$) в зависимости от наличия алкогольной наследственности. Аналогичная ситуация наблюдается в других исследуемых группах ($p > 0,05$).

Заключение

В ходе исследования установлено, что склонность к реагированию по депрессивному типу в стрессовых ситуациях достоверно больше проявляется в группах с быстрым прогрессированием АЗ. Наличие связи с атарактической мотивацией свидетельствует о проблемности внутриличностного эмоционального реагирования. Среди подростков и молодых людей наличие признаков, ассоциированных с депрессией связаны с суицидальным риском, но наличие проблем с алкоголем не определяет значимых различий в этих тенденциях между подростками и молодежью с алкогольной зависимостью и без нее. В обеих «молодых» группах суицидальные попытки связаны с чувством подавленности и безнадёжности, суицидальными мыслями и склонностью испытывать скуку, то есть, со всеми исследуемыми атрибутами суицидального поведения.

Уровень депрессивности, как личностной характеристики у лиц ОГ выше, чем в контроле, и является относительно значимым индивидуальным фактором риска для формирования АЗ. Наличие депрессивности связано со стремлением употреблять алкоголь из-за потери перспективы в будущем. Высокие показатели депрессивности, зачастую связаны с низкой самооценкой, что может породить реакции внутреннего протеста у личностей данного типа. Для их коррекции используется алкоголь. Связь депрессивности с атарактическими и самоповреждающими мотивами еще раз подтверждает наличие внутриличностных проблем, которые больше касаются эмоционального реагирования и сенсорной депривации. У субъектов с чертами депрессивности имеется ограниченность выражения чувств и эмоций. Следовательно, для приобретения внутреннего комфорта они осуществляют прием алкоголя.

В ГС2 депрессивность связана со всеми пато-

логическими мотивами. Качество мотивации употребления алкоголя существенно изменяется с преобладанием патологических мотивов. Когнитивные и личностные изменения вследствие большого стажа АЗ приводят к выраженным дисфорическим реакциям, что углубляет черты депрессивности у лиц данной группы

Личностные депрессивные черты не всегда проявляются в виде выраженных депрессивных реакций. Интенсивность реагирования по депрессивному типу может ослабляться при осознанном использовании копинг-стратегий. Иногда несоответствие высоких уровней депрессивности и низких уровней проявления депрессии на симптоматическом уровне может свидетельствовать о наличии достаточных компенсаторных ресурсов.

При сравнении показателей депрессивности в ОГ с данными условной популяционной нормы следует отметить, что в ОГ они достоверно выше и по уровню соответствуют невротическим депрессивным расстройствам. Следовательно, подростки и молодые люди, страдающие АЗ, отличаются невротическим типом реагирования. Однако можно утверждать, что в отличие от лиц, страдающих невротическими расстройствами, они меньше предъявляют жалоб на наличие невротической симптоматики и используют алкоголь для снижения актуализации невротических переживаний.

Корреляционный анализ между симптомом депрессии и личностной депрессивностью показал, что такая связь имеется только в КГ. В «алкогольных группах» таких закономерностей не выявлено. Это можно объяснить изменением обоих параметров корреляционного анализа под влиянием последствий употребления алкоголя. Также возможно допустить, что на формирование этой взаимосвязи опосредованно влияют и другие факторы, характерные для лиц, страдающих АЗ.

Анализ связи личностной депрессивности с алкогольной наследственностью не выявил достоверных отличий в показателях депрессивности в зависимости от наличия алкогольной наследственности в исследуемых группах.

Выводы

1. В группе лиц подросткового и молодого возраста, страдающих АЗ:

1. Имеется достоверно более высокая доля дисперсии, чем в группе контроля, лиц с частыми депрессивными реакциями в анамнезе;
2. Склонностью к реагированию по депрессивному типу является фактором риска формирования АЗ;
3. Депрессивность, как личностная характеристика, выступает в качестве индивидуального фактора риска формирования АЗ;
4. Депрессивность оказывает влияние на атарактические и самоповреждающие мотивы;
5. Уровень депрессивности достоверно превышает нормативные данные и соответствует невротическому типу личности;
6. Употребление алкоголя используется в качестве средства для снижения уровня аффективного реагирования;
7. Суицидальные попытки связаны с депрессивными тенденциями и не являются следствием АЗ;
8. Наличие семейного наследования алкогольной

зависимости не оказывает существенного влияния на депрессивность.

II. При работе с подростками и молодыми людьми, страдающими АЗ:

1. Следует уделять внимание исследованию аффективной сферы;
2. Депрессивные тенденции и скрытая депрессивная симптоматика у данного контингента нуждается в тщательной клинической диагностике;
3. Выявление депрессивных нарушений позволит вносить своевременную коррекцию в методы лечения, снижать алкогольную мотивацию и уровень суицидального риска.

Литература

1. Завьялов, В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / В. Ю. Завьялов. – Новосибирск: Наука, 1988. – С. 164 – 183.
2. Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике: 10-й пересмотр / под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина; ВОЗ. – СПб: Адис, 1994. – 301 с. – (Международная классификация болезней).
3. Наркология. Национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
4. Руководство по ведению протоколов Белорусского индекса тяжести аддикции (B-ASI) / В. Б. Позняк [и др.] // Белорусский наркологический проект [Электронный ресурс]. – 2001. – Режим доступа: <http://www.beldrug.org>.
5. Тарабрина, Н. В. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R) / Н. В. Тарабрина // Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина; под ред. В. Усманова. – СПб: Питер, 2001. – С. 146 – 181.
6. Хромов, А. Б. Пятифакторный опросник личности: Учебно-методическое пособие / А. Б. Хромов. – Курган: Изд-во Курганского государственного университета, 2000. – 23 с.
7. *Adult outcomes of child and adolescent depression. III. Links with suicidal behaviours* / R. Harrington [et al.] // *J. Child. Psychol. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 35, № 7. – P. 1309 – 1319.
8. *Aggressivity, suicide attempts, and depression: relationship to cerebrospinal fluid monoamine metabolite levels* / G. P. Placidi [et al.] // *Biol. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 50, № 10. – P. 783 – 791.
9. *Childhood depression and risk of suicide: a preliminary report of a longitudinal study* / U. Rao [et al.] // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* – 1993. – Vol. 32, № 1. – P. 21 – 27.
10. *Comorbidity Between Abuse of an Adult and DSM-III-R Mental Disorders: Evidence From an Epidemiological Study* / K. K. Danielson [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 155, № 1. – P. 131 – 133.
11. *Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents* / M. Shafii [et al.] // *J. Affect. Disord.* – 1988. – Vol. 15, № 3. – P. 227-233.
12. *Conduct disorder, substance use disorders, and coexisting conduct and substance use disorders in adolescent inpatients* / C. M. Grilo [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 153, № 7. – P. 914 – 920.
13. *Davidson, K. M. Co-morbid depression and drinking outcome in those with alcohol dependence* / K. M. Davidson, I. M. Blackburn // *Alcohol Alcohol.* – 1998. – Vol. 33, № 5. – P. 482-487.
14. *Depression and substance use in minority middle-school students* / S. H. Kelder [et al.] // *Am. J. Public Health.* – 2001. – Vol. 91, № 5. – P. 761 – 766.
15. *Derogatis, L. R. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report* / L.R. Derogatis, R.S. Lipman, L. Covi // *Psychopharmacology Bulletin.* – 1973. – Vol. 9, № 1. – P. 13 – 27.
16. *Derogatis, L.R. The SCL-90-R and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale* / L.R. Derogatis, K. Rickels, A. Rock //

British Journal of Psychiatry. – 1976. – Vol. 128. – P. 280-289.

17. Deykin, E. Y. Adolescent depression, alcohol and drug abuse / E. Y. Deykin, J. C. Levy, V. Wells // Am. J. Public. Health. – 1987. – Vol. 77, № 2. – P. 178 – 182.

18. Escobedo, L. G. The relationship between depressive symptoms and cigarette smoking in the US adolescence / L. G. Escobedo, M. Reddy, G. A. Giovino // Addiction. – 1998. – Vol. 93, № 3. – P. 433 – 440.

19. Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence / D. B. Clark [et al.] // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 1997. – Vol. 36, № 9. – P. 1195 – 1203.

20. Gilman, S. E. A longitudinal study of the order of onset of alcohol dependence and major depression / S. E. Gilman, H. D. Abraham // Drug. Alcohol. Dependence. – 2001. – Vol. 63, № 3. – P. 277 – 286.

21. Hovens, J. G. Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescent substance abusers / J. G. Hovens, D. P. Cantwell, R. Kiriakos // J. Am.

Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1994. – Vol. 33, № 4. – P. 476 – 483.

22. Is depressed mood in childhood associated with an increased risk for initiation of alcohol use during early adolescence? / R. M. Crum [et al.] // Addict. Behav. – 2007. – Vol. 33, № 3. – P. 207-219. Kumpulainen, K. Psychiatric symptoms and deviance in early adolescence predict heavy alcohol use 3 years later / K. Kumpulainen // Addiction. – 2000. – Vol. 95, № 12. – P. 1847 – 1857.

23. Oquendo, M. A. Suicide: risk factors and prevention in refractory major depression / M. A. Oquendo, K. M. Malone, J. J. Mann // Depress. Anxiety. – 1997. – Vol. 5, № 4. – P. 202-211.

24. Rohde, P. Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults / P. Rohde, P. M. Lewinsohn, J. R. Seeley // J. Abnorm. Psychol. – 1991. – Vol. 100, № 2. – P. 214 – 222.

25. Schuckit, M. A. Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorder / M. A. Schuckit // Am. J. Psychiatry. – 1986. – Vol. 143, № 2. – P. 140 – 147.