

НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ имени В.П. СЕРБСКОГО
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Национальный научный центр наркологии

На правах рукописи

Фадеева Евгения Владимировна

**Системная модель психологической профилактики потребления
психоактивных веществ женщинами репродуктивного возраста**

Специальность 5.3.6. Медицинская психология

Диссертация
на соискание учёной степени
доктора психологических наук

Научный консультант: доктор
психологических наук, профессор,
академик РАО
Цветкова Лариса Александровна

Москва - 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, ФАКТОРОВ РИСКА ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И ГЕНДЕРНО СПЕЦИФИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....	26
1.1. Распространенность и гендерная специфика употребления ПАВ и наркологических расстройств	28
1.2. Гендерно специфичные факторы риска злоупотребления ПАВ и формирования наркологических расстройств	34
1.3. Клинико-динамические особенности течения наркологических заболеваний с учетом гендерных различий	49
1.4. Факторы становления ремиссии и рецидивирования наркологических расстройств с учетом гендерных различий.....	53
1.5. Стигматизация наркологических больных с учетом гендерных различий.....	59
1.6. Резюме по главе	63
ГЛАВА 2. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОСНОВАНИЕ И ЭМПИРИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗРАБОТКИ СИСТЕМНОЙ МОДЕЛИ ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ЖЕНЩИНАМИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	67
2.1. Уровневый подход к классификации видов профилактических вмешательств.....	68
2.1.1. Программы универсальной профилактики	70
2.1.2. Программы селективной профилактики	72
2.1.3. Программы индикативной профилактики	73
2.2. Принципы построения системной модели психологической профилактики.....	76
2.2.1. Правовые основы системной модели психологической превенции потребления психоактивных веществ, обеспечивающие целостность профилактического пространства	78
2.2.2. Единая концепция превентивных программ, обеспечивающая структурность системного подхода к профилактике потребления психоактивных веществ.....	81
2.2.3. Единая концепция превентивных программ, обеспечивающая иерархичность системного подхода к профилактике потребления психоактивных веществ.....	82
2.2.4. Парадигма открытого профилактического пространства как показатель открытого взаимодействия субъектов и объектов превентивных вмешательств со средой	84
2.2.5. Мониторинг распространенности потребления психоактивных веществ и наркологических расстройств как показатель эффективности профилактических вмешательств через множественность описания взаимодействия объектов профилактики и окружающей среды.....	86
2.3. Графическое представление организационной модели психологической профилактики употребления психоактивных веществ женщинами репродуктивного возраста.....	89
2.4. Резюме по главе	91
ГЛАВА 3. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ.....	94
3.1. Дизайн исследования	94
3.2. Организация исследования.....	99
3.3. Методы исследования	106
ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ, СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	113
4.1. Предварительный (поисковый) этап эмпирического исследования.....	113
4.1.1. Апробация диагностических методов и превентивных подходов на уровне универсальных профилактических вмешательств	114

4.1.2. Апробация диагностических методов и превентивных подходов на уровне селективных профилактических вмешательств	119
4.1.3. Апробация диагностических методов и превентивных подходов на уровне индикативных профилактических вмешательств	127
4.1.4. Апробация диагностических методов и превентивных подходов на уровне терапевтических и реабилитационных вмешательств	132
4.1.5. Резюме по разделу «Предварительный (поисковый) этап эмпирического исследования»	148
4.2. Основной этап эмпирического исследования	150
4.2.1. Результаты реализации единого алгоритма диагностических и превентивных вмешательств в группе селективной профилактики	150
4.2.2. Результаты реализации единого алгоритма диагностических и превентивных вмешательств в группе индикативной профилактики	183
4.2.3. Результаты реализации единого алгоритма диагностических и превентивных подходов в группе терапевтических и реабилитационных вмешательств	221
4.2.4. Резюме по разделу «Основной этап эмпирического исследования»	254
4.3. Резюме по главе	259
ГЛАВА 5. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	271
5.1. Теоретико-методологический анализ эффективности профилактических вмешательств, направленных на предотвращение употребления психоактивных веществ	272
5.2. Эмпирический анализ эффективности профилактических вмешательств, направленных на предотвращение употребления психоактивных веществ	278
5.2.1. Результаты оценки эффективности профилактических вмешательств, направленных на предотвращение употребления психоактивных веществ среди медицинских работников	281
5.2.2. Результаты оценки эффективности профилактических вмешательств, направленных на предотвращение употребления психоактивных веществ среди женщин с наркологическими расстройствами	288
5.3. Резюме по главе	296
ГЛАВА 6. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ГЕНДЕРНО СПЕЦИФИЧНОЙ МОДЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ЖЕНЩИНАМИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	301
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	306
ВЫВОДЫ	308
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	311
Список литературы	313
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	347
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	348
ПРИЛОЖЕНИЕ 3	350
ПРИЛОЖЕНИЕ 4	353
ПРИЛОЖЕНИЕ 5	355
ПРИЛОЖЕНИЕ 6	358
ПРИЛОЖЕНИЕ 7	359

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. В соответствии с определениями, сформулированными в Указе Президента от 07.05.2024 г. № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года», рекомендациях Министерства здравоохранения Российской Федерации, целями и задачами Национального проекта «Новые технологии сбережения здоровья» и федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» профилактика является высокоэффективным инструментом предупреждения и раннего выявления широкого спектра заболеваний. Традиционно под профилактикой понимают комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, включающих: 1) формирование здорового образа жизни; 2) предупреждение возникновения или распространения заболеваний; 3) выявление причин и условий их развития¹. Профилактику непосредственно наркологических расстройств в Российской Федерации принято рассматривать в контексте предотвращения алкоголизма и наркомании (Профилактика наркологических расстройств: национальное руководство, 2018), хотя континуум превентивных мероприятий может быть гораздо шире, позволяя охватывать не только различные виды аддиктивного поведения, но и дифференцированные группы объектов таргетированных вмешательств (Аршинова В.В., 2012-2017; Кошкина Е.А., 2016-2024; Корчагина Г.А., 2012-2022; Профилактика наркологических расстройств: национальное руководство, 2018; Клименко Т.В., 2022-2023).

Следует отметить, что вред от потребления психоактивных веществ (далее - ПАВ) неравномерно затрагивает представителей различных групп населения. В бóльшей степени вредные последствия употребления табака, алкоголя и наркотиков затрагивают лиц определенных половозрастных групп населения с характерными признаками социально-демографической, социально-психологической и индивидуально-психологической уязвимости (Macaulay F., 2020), которые требуют бóльшего внимания к методологии и алгоритмам реализации программ профилактики аддиктивного поведения. Одной из

¹ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

половозрастных групп населения, обладающих характерными признаками социальной и психологической уязвимости к развитию тяжелых и прогрессирующих форм наркологических расстройств, являются лица женского пола.

К настоящему моменту изучены основные закономерности становления и развития наркологических расстройств у женщин, которые указывают на необходимость учета гендерно специфичных факторов риска формирования алкогольной зависимости и зависимости от других ПАВ (Альтшулер В.Б., 2000-2016; Иванец Н.Н. и соавт., 2022; Кравченко С.Л. и соавт., 2019-2020; Гофман А.Г., Понизовский П.А., 2017). При этом отсутствует системный методологический подход к анализу и внедрению вмешательств, направленных на нивелирование специфичных для женского пола предикторов развития наркологических расстройств, что подчеркивает важность разработки программ профилактики злоупотребления и зависимости от ПАВ среди женского населения.

Зачастую исследователи и методологи обосновывают необходимость разработки российских программ профилактики или адаптации зарубежного опыта превентивных вмешательств глобальным ростом и даже «эпидемией» наркологических расстройств как во всем мире, так и в Российской Федерации. Однако в последние годы заболеваемость наркологическими расстройствами среди населения Российской Федерации неуклонно сокращалась как среди мужчин, так и среди женщин. В соответствии с данными официальной статистики, в течение последних двух десятилетий в Российской Федерации наблюдается долгосрочная устойчивая тенденция к снижению общей и первичной заболеваемости наркологическими расстройствами (Киржанова В.В. и соавт., 2020-2024). Снижение распространенности проблем, связанных с употреблением алкоголя, подтверждается и международными исследованиями (The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016, 2016; Alcohol Policy Impact Case Study, 2019; Global status report on alcohol and health, 2018; Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders; 2024). Однако как российские, так и зарубежные источники указывают на то, что употребление ПАВ, главным образом алкоголя, женщинами репродуктивного возраста по-прежнему остается серьезной проблемой, требующей пристального

внимания специалистов (Гиль А.Ю. и соавт., 2021; Roberts S. et al., 2019; Kilian C. et al, 2020).

В целом среди лиц с наркологическими расстройствами преобладают мужчины, однако за прошедшее десятилетие соотношение мужчин и женщин, обратившихся за наркологической помощью, изменилось (Кошкина Е.А. и соавт., 2024). При этом снижение заболеваемости среди женщин происходит медленнее: в 2020 г. среди пациентов с наркологическими расстройствами обоих полов снижение составило 4,7%, тогда как среди женщин – 3,9% (Киржанова В.В. и соавт., 2021). Также, по оценкам специалистов, число женщин с синдромом зависимости от других ПАВ, включая наркотики, госпитализированных в наркологические учреждения, по отношению к числу мужчин, обратившихся в наркологические стационары с аналогичными проблемами, неуклонно растет: в 2010 г. оно составляло 4,7:1, в 2012 г. – 4,5:1, в 2014 г. – 4,4:1, а в 2017 г. – 4:1 (Кравченко С.Л., 2020). На схожие тенденции указывают результаты исследования, проведенного в Челябинской области, по данным которого соотношение мужчин и женщин с алкогольной зависимостью в 2006 г. составляло 7,7:1 и изменилось до 5,3:1 к 2012 г. с характерной для женщин повторной госпитализацией в течение года (Мингазов А.Х. и соавт., 2013). Аналитический обзор (Киржанова В.В. и соавт., 2021) указывает на следующую динамику соотношения мужчин и женщин, обращавшихся за наркологической помощью в течение последних 20 лет: доля первичной заболеваемости алкогольной зависимостью для мужчин и женщин с 1999 года по 2021 год изменилась с 5,2:1 до 3,2:1; пагубное употребление алкоголя - с 6,5:1 до 2,3:1, что позволяет говорить об увеличении проблем зависимости и пагубного употребления алкоголя женщинами в структуре общей заболеваемости, несмотря на снижение абсолютных значений распространенности указанных расстройств. В отношении первичной заболеваемости зависимостью от других ПАВ, включая наркотики, за указанный период времени наблюдалась противоположная тенденция: соотношение мужчин и женщин изменилось с 6,1:1 до 7,1:1, а в отношении пагубного употребления наркотиков с 2,9:1 до 4,7:1 (Киржанова В.В. и соавт., 2021), что позволяет предположить меньшую распространенность данного расстройства среди женщин. Таким образом,

увеличение доли женщин среди пациентов, обратившихся за наркологической помощью с зависимостью или пагубным употреблением алкоголя, можно отметить в качестве негативной тенденции, требующей разработки гендерно специфичных программ профилактики, лечения и реабилитации с акцентом на женщин, главным образом в отношении предупреждения злоупотребления ими алкоголя (Фадеева Е.В., 2026).

Проблема гендерных различий при употреблении ПАВ является предметом изучения многих российских и зарубежных исследователей (Альтшулер В.Б. и соавт., 2016; Кравченко С.Л., 2020; Hughes T.L. et al., 2016; Brasiliano S. et al., 2021) и в последние годы увеличивается число клинических исследований, направленных на изучение психопатологии и факторов риска наркологических заболеваний, как эмпирической основы для разработки мероприятий по предупреждению потребления ПАВ и преодоления стигматизации лиц, нуждающихся в специализированной медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» (Мингазов А.Х. и соавт., 2013; Ponce T.D. et al., 2021; Kougiali Z. et al., 2021).

На женщин воздействуют общие с мужчинами субъективные и объективные причины, влияющие на низкую обращаемость за специализированной помощью. К субъективным причинам относится анозогнозия, определяемая как отсутствие критического отношения к проблеме злоупотребления ПАВ и (или) отрицание связанных с потреблением негативных последствий. Среди объективных причин часто указывают страх установления диагноза наркологического расстройства, который повлечет за собой ограничения в социальной и профессиональной сферах, а также стигматизацию лиц с зависимостью от алкоголя или других ПАВ в обществе (Клименко Т.В. и соавт., 2019). При этом стигматизация наркологических больных женского пола имеет специфические социально-психологические предпосылки, которые являются серьезным препятствием для получения женщинами наркологической помощи и объясняют обращение в медицинскую организацию на этапе развернутой клинической стадии заболевания, а не на этапе появления первых признаков вредных последствий злоупотребления (Альтшулер В.Б. и соавт., 2016; Кравченко С.Л., 2020). Обозначенные социально-

психологические причины стигматизации ряд зарубежных исследователей объясняют следующим образом: во многих культурах алкогольное опьянение ассоциируется с брутальностью и мужественностью, в отдельных случаях являясь неким актом инициации в мужском сообществе, и наоборот, от женщин ожидается абсолютная или относительная трезвость, а женское опьянение чаще, чем мужское, вызывает общественное осуждение (Walker I., 2017; Macaulay F., 2020). Аналогичные выводы представлены в систематическом обзорном исследовании, посвященном проблеме гендерной стигматизации лиц, употребляющих наркотики. Половина исследований (50,7%), включенных в обзор, указывают на наличие характерных социальных ожиданий в отношении гендерной роли жены и матери, несоответствие которым негативно сказывается на женщинах, употребляющих наркотики. При этом только 2,7% исследований приводят данные, что большему социальному давлению подвергаются употребляющие наркотики мужчины (Meyers S.A. et al., 2021). Социальная стигматизация существенно препятствует обращению женщин за медицинской помощью из-за предвзятого, по их мнению, отношения медицинских работников и из опасения, что об употреблении ПАВ может стать известно социальным службам, которые ограничат женщин в родительских правах (Oliva G. et al., 1999; Tomko C. et al., 2023). В результате чего среди женщин в большей степени, чем среди мужчин, наблюдается рост латентности наркологической патологии – накопление в обществе контингента лиц, которые нуждаются в необходимом им специализированном лечении, но не получают его, что прогрессивно увеличивает неблагоприятные медицинские и социальные последствия (Клименко Т.В. и соавт., 2020).

Таким образом, актуальность настоящего диссертационного исследования определяется необходимостью: 1) уточнения характерных для женщин клинико-психологических, социально-психологических и социально-демографических предикторов уязвимости к формированию наркологических расстройств; 2) разработки программ профилактики, учитывающих гендерно специфичные факторы риска злоупотребления алкоголем и другими ПАВ и направленных на нивелирование их влияния на женщин, включая беременных и планирующих беременность; 3) внедрения методологических подходов по психологической

поддержке на донозологических этапах проблемного употребления ПАВ, а также в лечебно-реабилитационном процессе, учитывающих влияние стигматизации и низкой обращаемости женщин за специализированной наркологической помощью.

Степень разработанности проблемы. В настоящий момент продолжает активно складываться мировая глобальная система профилактики аддиктивного поведения, которая в теории подразумевает сотрудничество различных субъектов превентивных вмешательств на уровне межведомственного и внутриведомственного взаимодействия, но не всегда в полной мере реализуется на практике. Системный анализ предлагаемых к реализации профилактических вмешательств в сфере предупреждения спроса и предложения ПАВ был предпринят, начиная с 2010-х годов: 1) международными организациями - Всемирной организацией здравоохранения (World Health Organization, WHO), Управлением организации объединенных наций по наркотикам и преступности (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC), Международным комитетом по наркотикам и преступности (International Narcotics Control Board, INCB), Европейским центром мониторинга наркотиков и наркозависимости (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA); 2) национальными институтами - Национальным институтом злоупотребления наркотиками (National Institute on Drug Abuse, NIDA), Канадским центром по употреблению ПАВ и наркозависимости (Canadian Centre on Substance Use and Addiction, CCSA), Центром наркологии и психического здоровья (Centre for Addiction and Mental Health, CAMH); 3) общественными организациями - Сетью политики в отношении алкоголя (Alcohol Policy Network, APN), Европейским алкогольным политическим альянсом (European Alcohol Policy Alliance, Eurocare). В качестве выводов проведенного перечисленными организациями системного теоретического и эмпирического анализа действующих профилактических вмешательств стали руководства или рекомендации к практическому использованию программ с научно доказанной эффективностью. Среди подобных руководств, переведенных на русский язык, можно отметить Международные стандарты профилактики употребления наркотиков (UNODC, 2013) и Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств (ВОЗ, УНП ООН,

2020); среди англоязычных – Международные стандарты профилактики употребления наркотиков (вторая обновленная версия) (International Standards on Drug Use Prevention. Second updated edition, 2018), Европейское руководство по профилактике (European Prevention Curriculum, 2019). В Российской Федерации Межведомственный стандарт антинаркотической профилактической деятельности был подготовлен экспертами Министерства внутренних дел Российской Федерации только к 2025 г. (Межведомственный стандарт антинаркотической профилактической деятельности, 2025), хотя и до этого времени в нашей стране активно применялись эффективные программы превенции аддиктивного поведения.

С 1990-х годов лекционный формат взаимодействия с объектами профилактических вмешательств, заключающийся в информировании о неблагоприятных последствиях употребления алкоголя и наркотиков (Романова О.Л., 2002), начал постепенно заменяться альтернативным подходом к предупреждению аддиктивного поведения. В 2000-х годах была проведена адаптация зарубежных, главным образом, американских программ по формированию «жизненных» навыков (Life Skills), направленных на развитие «здоровой, адаптивной личности, способной эффективно расти, преодолевать жизненные трудности и проблемы» (Arbesman M. et. al., 2013). Данные программы профилактики были основаны на концептуальных парадигмах поведенческой терапии G. Botwin, теории социального научения A. Bandura и теории проблемного поведения R. Jessor. Одновременно с программами по формированию жизненных навыков (Воробьева Т.В., Ялтонская А.В., 2008) было положено начало разработки программ по развитию копинг-стратегий, которые позволяли не только эффективно противостоять давлению со стороны сверстников, вовлекающих подростка в потребление ПАВ, но и укреплять необходимые ресурсы личности для совладания со стрессом (Сирота Н.А., Ялтонский В.М. и соавт., 2001-2012).

В 2010 году П.Н. Москвитин указал на острую необходимость обоснования гуманистической парадигмы в профилактике наркологических заболеваний и предложил так называемую «Психогигиеническую модель профилактики аддикции и девиантного поведения у детей и подростков», под которой он понимал

межведомственную и междисциплинарную консолидацию научно-практических знаний и медико-социальных технологий, направленных на реализацию базисной стратегии - снижения спроса на употребление ПАВ. В основу модели были заложены два элемента: 1) разработка новых методических приемов и 2) формирование условий для их усвоения среди социально активных субъектов профилактики (Москвитин П.Н., 2009). Предлагаемая модель была поддержана рядом исследователей (Редько А.Н., 2011; Дворниченко Л.А., 2011), что не исключает разработки дополнительных мер по снижению спроса и предложения ПАВ среди дифференцированных половозрастных групп населения (Погосов А.В., Севрюкова Т.А., 2012). Основным объектом профилактического воздействия в психогигиенической парадигме П.Н. Москвитина были подростки (Москвитин П.Н., 2014). В настоящий момент в целом наиболее востребованными и соответственно наиболее методологически проработанными являются программы профилактики, направленные на детей, подростков и молодежь (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2000-2012; Аршинова В.В. и соавт., 2016; Гречаная Т.Б., 2014; Профилактика наркологических расстройств: национальное руководство, 2018; Бузина Т.С. и соавт., 2018), значительная часть которых предлагается к внедрению в образовательных организациях (Шилова Т.А., 2004; Хуснутдинова З.А., 2011; Семикин Г.И. и соавт., 2017), в том числе с использованием принципа «равный - равному» (Вепренцова С.Ю., 2012). Значительно меньшее число научных работ по профилактике потребления ПАВ среди иных групп населения представлены исследованиями в среднем (Гречаная Т.Б., 2014; Roman P.M., Blum T.C., 2002; Anderson B.K., 2002) и пожилом возрастах (Anderson P. et al., 2013; Lintzeris N. et al., 2016; Vancampfort D. et al., 2018). Данные программы описывают, главным образом, специфические возрастные факторы риска приобщения к потреблению ПАВ и акцентируют внимание на рекомендациях по снижению вредного воздействия факторов индивидуально-психологической, социально-психологической и профессиональной уязвимости для указанных возрастных групп.

Среди работ, посвященных женщинам как объекту профилактических вмешательств, необходимо упомянуть ряд системных научных исследований по

проблематике курения (Лучанинова В.Н., 2012; Цветкова Л.А. и соавт., 2018; Фадеева Е.В., 2024; Berrueta M. et al., 2018; Lange S. et al., 2018; Balachova T., Zander R. et al., 2019), употребления алкоголя (Оразмурадов А.А. и соавт., 2007; Бурина Е.А., Грандилевская И.В., 2015; Балашова Т.Н., Цветкова Л.А. и соавт., 2013-2019; Марянян А.Ю. и соавт., 2015-2023; Аршинова В.В., 2016; Porova S., 2017-2023; Dozet D. et al., 2025) и наркотиков (Оразмурадов А.А. и соавт., 2007, 2020; Черных А.А., Сутулина И.М., 2010; Degenhardt L. et al., 2018). Результаты упомянутых отечественных и зарубежных исследований аргументированно указывают на достаточно высокую распространенность потребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста, в том числе беременными, что подтверждается данными мировых мониторинговых отчетов (GBD, 2016; 2021; Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use, 2018; Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders, 2024).

Профилактика потребления алкоголя в пренатальный период является одним из актуальных направлений государственной политики², поскольку Россия входит в пятерку европейских стран с наибольшей распространенностью потребления алкоголя среди беременных женщин (Гушуленко А.Ю., Бурина Е.А., 2020; Porova S. et al., 2017; Balachova T.N., Isurina G.L. et al., 2018, 2021). Имеется значительное количество работ, подтверждающих что употребление алкоголя женщиной во время беременности может приводить к формированию фетального алкогольного синдрома плода (сокр. ФАС), который проявляется рядом физических, дисморфологических и интеллектуальных нарушений у ребенка (Марянян А.Ю., 2015-2023; Пальчик А.Б. и соавт., 2016; Фадеева Е.В. и соавт., 2020, 2021; Astley S.J., 2004; Ripabelli G. et al., 2006). При этом ФАС является полностью предотвратимым заболеванием, снизить распространенность которого позволяют методы профилактики, направленные на отказ от употребления алкоголя женщинами репродуктивного возраста (Балашова Т.Н. и соавт., 2012; Профилактика вреда, причиняемого употреблением алкоголя во время беременности. Экспресс-анализ ситуации и примеры из практик государств-

² Распоряжение Правительства Российской Федерации от 11 декабря 2023 г. № 3547-р «Об утверждении Концепции сокращения потребления алкоголя в РФ на период до 2030 г. и дальнейшую перспективу»

членов. ВОЗ, 2017). Ряд исследователей посвятили свои работы узкоспециализированным программам предупреждения ФАС, которые включают мероприятия по обучению специалистов медицинских (Бурина Е.А., Исурина Г.Л., 2018; Бурина Е.А., Марьянн А.Ю., 2018; Balachova T.N., Bonner L. et. al. 2013), образовательных (Марьянн А.Ю. и соавт., 2023) и некоммерческих организаций (Фадеева Е.В., 2019) алгоритмам работы с беременными женщинами (Профилактика наркологических расстройств: Национальное руководство, 2018). Из переведенных на русский язык зарубежных руководств можно отметить пособие по диагностике ФАС и поддержке семей, воспитывающих ребенка с характерными для синдрома нарушениями (Boyle C. et al., 2012), и обзорное исследование, проведенное при поддержке ВОЗ, которое позволяет ознакомиться с результатами исследований и страновыми примерами из практик Европейского региона по снижению рисков злоупотребления алкоголем женщинами репродуктивного возраста (Sholin L., 2017).

Отдельные научные исследования были посвящены разработке мероприятий, направленных на отказ от потребления никотинсодержащих изделий и наркотиков во время беременности (Пальчик А.Б., 2016; Цветкова Л.А. и соавт., 2018; Агеева У.Ю. и соавт., 2025; Balachova T. et al, 2018), поскольку, по данным Национального руководства по профилактике наркологических расстройств (2018), наиболее часто используемым ПАВ во время беременности является никотин, за которым следуют алкоголь и каннабис. Ряд исследований указывают на необходимость усиления профилактических и лечебных мероприятий с беременными женщинами, употребляющими наркотики инъекционным путем, что приводит к не менее тяжелым последствиям для плода, включая абстинентный синдром новорожденного (Арзуманов Ю.Л. и соавт., 2014; Бондарь И.В. и соавт., 2014; Гречаный С.В., Кожадей Е.В., 2017). Однако профилактические мероприятия не должны быть узконаправлены на отказ от употребления ПАВ во время беременности. В качестве мишеней превенции необходимо рассматривать более широкий спектр факторов риска, приводящих женщин к злоупотреблению никотинсодержащими изделиями, алкогольными напитками, а в ряде случаев и наркотиками (Gender and Health 50/50. 2022; Valente J. et al., 2023).

Необходимость проведения профилактической работы, направленной не только на снижение вредных последствий злоупотребления ПАВ, а, главным образом, на его предупреждение, обусловлена особой тяжестью зависимости от алкоголя и наркотиков у женщин (Рохлина М.Л., Мохначев С.О., 2001; Альтшулер В.Б., 2001; Уманская П.С., Агарков А.П., 2017, 2018; Кравченко С.Л. и соавт., 2019, 2020; Корольков А.И. и соавт., 2021), более низкой приверженностью лечению, а также различиями в поведенческих моделях инициации и продолжения потребления ПАВ. Следует отметить, что формирование алкогольной зависимости у женщин по сравнению с мужчинами происходит достоверно позже, причем это касается всех клинически важных временных переменных: возраста первых проб алкоголя, возраста начала систематического злоупотребления, возраста формирования абстинентного синдрома (Николишин А.Е. и соавт., 2017). Отдельные исследования указывают на то, что в структуре женского алкоголизма дополнительным, усугубляющим прогредиентность заболевания фактором может являться этническая принадлежность к народам Дальнего Востока и Крайнего Севера, у которых наблюдаются более тяжелые формы алкогольных амнезий, низкая толерантность к алкоголю, высокая распространенность повторных алкогольных психозов (Кравцова Т.В., Великанова Л.П., 2012; Хоютанова Н.В. и соавт., 2017; Бохан Н.А., 2015, 2021).

Имеются противоречивые данные о наследственной отягощенности женщин, злоупотребляющих ПАВ. Одни авторы отмечают, что в анамнезе женщин достоверно чаще, чем у мужчин, встречаются наркологические расстройства как среди их отцов, так и среди матерей (Мингазов А.Х., 2013; Кибитов А.О., Анохина И.П., 2016, 2024). Иные исследования приводят противоположные данные, что различия как по степени семейной отягощенности, так и по показателям генетического риска развития зависимости незначительны или отсутствуют (Николишин А.Е. и соавт., 2017). Однако дополнительными социально-психологическими факторами, утяжеляющими клинические проявления зависимости от ПАВ, являются: нарушение внутрисемейных отношений, дисгармоничное воспитание, в ряде случаев эмоциональное, физическое и

сексуальное насилие, а их взаимосвязь с психическим неблагополучием является более значимой для женщин, чем для мужчин (Кравченко С.Л., 2020).

Учитывая накопленный ранее эмпирический опыт и результаты клинических исследований, можно сформулировать основные гендерные корреляты уязвимости женщин к развитию наркологических расстройств, определяющие специфику таргетированных подходов к профилактике, лечению и реабилитации:

1) характерные психоэмоциональные и социально-психологические факторы риска зависимого поведения с доказанной генетической предрасположенностью (Гофман А.Г., Понизовский П.А., 2017; Кравченко С.Л., 2020; Кибитов А.О., 2020);

2) доказанный вклад стрессогенных факторов и травматичных жизненных событий в патогенез формирования зависимости на мотивационном и поведенческом уровнях (Волкова Е.А., Егоров А.Ю., 2007; Мингазов А.Х., 2013; Дудко Т.Н., Овдиенко В.Б., 2020), осложненных наличием психопатоподобных расстройств с нарастающим волевым дефектом и заострением черт эмоционально-личностной неустойчивости (Рохлина М.Л., Мохначев С.О., 2001; Кравченко С.Л., 2020; Полянский Д.А. и соавт., 2020);

3) сопутствующая наркологическим расстройствам коморбидная психическая патология, включающая высокую распространенность депрессивных, тревожных и невротических расстройств (Рохлина М.Л. и соавт., 2002; Мингазов А.Х., 2013; Гофман А.Г., Понизовский П.А., 2017; Николишин А.Е. и соавт., 2020), осложненных суицидальным и аутодеструктивным поведением (Уманская П.С., Агарков А.П., 2017);

4) дисгармоничные внутрисемейные (детско-родительские) и партнерские (супружеские) отношения, вносящие вклад как в первичную инициацию к употреблению ПАВ, так и поддерживающие последующее совместное употребление алкоголя или наркотиков (Шайдукова Л.К. и соавт., 2015-2021; Корольков А.И. и соавт., 2021; Стряпухина Ю.В., Посохова С.Т., 2024, 2025; Miller L.R. et al., 2017) с характерным виктимным поведением женщины (Семерикова А.А., 2016; Devries K.M. et al., 2014; Bacchus L.J. et al., 2018; Дудко Т.Н. и соавт., 2020);

5) специфические социально-психологические предпосылки стигматизации употребляющих алкоголь или наркотики женщин, предопределяющие их более позднее, по сравнению с мужчинами, обращение за наркологической помощью на этапе развернутой клинической стадии заболевания, а не на этапе появления первых признаков вредных последствий употребления (Альтшулер В.Б., Иванец Н.Н., Кравченко С.Л., 2006; Альтшулер В.Б., Мохначев С.О., Кравченко С.Л., 2016; Кравченко С.Л., 2020; Фадеева Е.В., 2024; Anderson K.G. et al., 2010);

6) прогрессивное снижение социального функционирования с увеличением конфликтных отношений в семье, значительными негативными экономическими и профессиональными последствиями злоупотребления ПАВ, при низкой вовлеченности в программы медицинской и социально-психологической реабилитации (Клименко Т.В. и соавт., 2018).

Анализ обозначенной проблематики показал, что, несмотря на большое количество теоретических и эмпирических исследований, посвященных изучению клинико-патогенетических механизмов формирования наркологических расстройств, отсутствуют отечественные работы по методологии и внедрению системного подхода к психологической профилактике употребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста. Среди немногих работ по профилактике потребления ПАВ среди женщин, а именно – по превенции ФАС, обращает на себя внимание узость таргетированных вмешательств – отказ от употребления алкоголя, которые даже в рамках указанной целевой группы не учитывают необходимости воздержания от потребления табачных изделий или других ПАВ. Единичны работы в области изучения причин и последствий злоупотребления ПАВ среди дифференцированных социально-экономических и возрастных групп женского населения: 1) женщин трудоспособного возраста; 2) женщин предпенсионного и пенсионного возраста; 3) женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Таким образом, теоретико-методологический анализ указывает на необходимость разработки комплексных превентивных вмешательств в дифференцированных группах женского населения с обязательной оценкой эффективности предлагаемых к внедрению мероприятий по профилактике в краткосрочной, среднесрочной и

долгосрочной перспективе. Требуется теоретического обоснования и эмпирического подтверждения принципиально новый системный подход к профилактике потребления никотинсодержащей продукции и алкогольных напитков на основании выделенных клинико-психологических, социально-психологических и социально-демографических факторов риска формирования зависимого поведения у женщин репродуктивного возраста. Предлагаемый системный подход должен отражать иерархические уровни и последовательность профилактических вмешательств: 1) на донозологических стадиях потребления; 2) при злоупотреблении и 3) зависимости от ПАВ. Соответственно разработка системной модели психологической профилактики потребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста является актуальным направлением медицинской психологии - как научной специальности, так и востребованного практико-ориентированного методологического подхода в области снижения распространенности наркологических заболеваний и формирования ориентации на отказ или сокращение потребления табачных изделий, алкогольных напитков и наркотиков среди одной из уязвимых социально-демографических групп населения.

Цель исследования: разработка системной модели психологической профилактики потребления ПАВ на основании выделенных клинико-психологических, социально-психологических и социально-демографических факторов риска формирования зависимого поведения, отражающих ее иерархические уровни и закономерности, у женщин репродуктивного возраста.

Объект исследования: система психологической профилактики потребления ПАВ женщинами трудоспособного репродуктивного возраста на универсальном, селективном и индикативном уровнях предупреждения наркологических расстройств, а также на уровне терапевтических и реабилитационных вмешательств.

Предмет исследования: клинико-психологические, социально-психологические и социально-демографические факторы специфичной уязвимости женщин к формированию зависимого поведения, их иерархические и структурные отношения и закономерности.

Гипотезы исследования:

1. Системную модель психологической профилактики потребления ПАВ можно представить в виде многомерного феномена, учитывающего клинико-психологические, социально-психологические и социально-демографические предикторы зависимого поведения со значимой гендерной спецификой.

2. Уровень психологического дистресса, симптомы ПТСР, низкая мотивация к изменению поведения, связанного с употреблением ПАВ, возраст, семейный и образовательный статус, уровень занятости женщин репродуктивного возраста значимо связаны с частотно-количественными характеристиками потребления табачных изделий и алкогольных напитков, что необходимо учитывать при выборе подходов на универсальном, селективном или индикативном уровнях первичной профилактики.

Задачи исследования:

1. Провести теоретико-методологический анализ состояния проблемы психологической профилактики потребления ПАВ среди женщин репродуктивного возраста, как отдельной уязвимой группы населения, характеризующейся наличием специфических факторов клинико-психологической и социально-демографической уязвимости.

2. Провести структурно-содержательный анализ иерархических уровней и клинических закономерностей формирования зависимого поведения среди женщин репродуктивного возраста, выделив основные этапы и группы профилактических вмешательств на универсальном, селективном и индикативном уровнях первичной профилактики, а также на уровне терапевтических и реабилитационных вмешательств.

3. Разработать на основе теоретико-методологического анализа состояния проблемы потребления ПАВ среди женщин репродуктивного возраста, как группы населения, имеющей гендерно специфичные факторы клинико-психологической, социально-психологической и социально-демографической уязвимости и гендерно специфичные маркеры клинических проявлений наркологических расстройств, концепцию системной модели психологической профилактики.

4. Апробировать комплекс методов скрининговой, клинической, клинико-психологической и лабораторной диагностики, а также провести сравнительную оценку полученных результатов в отношении распространенности проблемного употребления алкоголя и других ПАВ среди женщин репродуктивного возраста.

5. Выявить клинико-психологические, социально-психологические и социально-демографические факторы риска формирования зависимого поведения среди женщин репродуктивного возраста, включая беременных, и женщин, планирующих беременность.

6. Выделить мишени универсальной, селективной и индикативной первичной профилактики, основанные на выявленных факторах риска формирования зависимого поведения и отражающие их иерархические уровни и закономерности.

7. Апробировать эффективные методы первичной психологической профилактики потребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста на основании выделенных факторов риска формирования зависимого поведения и мишеней превентивных вмешательств.

8. Провести оценку эффективности методов универсальной, селективной и индикативной психологической профилактики потребления ПАВ среди женщин репродуктивного возраста в долгосрочной перспективе.

Методологическая основа исследования: Системный (Ломов Б.Ф., 2006; Асмолов А.Г., 2020) и деятельностный подходы в психологии (Рубинштейн С.Л., 1973; Леонтьев А.Н., 2000; Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1998), характеризующие многомерность динамично развивающихся психических явлений, определяющих поведение индивида: биопсихосоциальная концепция зависимости от ПАВ (Братусь Б.С., 1974; Вассерман Л.И., 2003; Дудко Т.Н., 2011; Кошкина Е.А., 2018; Клименко Т.В., 2022; Engel G.L., 1977); общая психопатология наркологических заболеваний (Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2018, 2020; Менделевич В.Д., 2021); представления о человеке, как о многоуровневом биопсихосоциальном феномене (Лурия А.Р., 1962; Зейгарник Б.В., 1981; Рубинштейн С.Л., 2002) и концепция здорового образа жизни (Карпов А.М., 2008),

лежащие в основе понимания механизмов «здорового» (Зинченко Ю.П., 2019, 2024), отклоняющегося и аддиктивного поведения (Дозорцева Е.Г., Сафуанов Ф.С., Костюк Г.П., Аршинова В.В.); междисциплинарный подход к профилактике (Цветкова Л.А., Волкова Е.Н., Клименко Т.В., Корчагина Г.А.); теоретико-методологические основы психодиагностической деятельности и положений о психологическом диагнозе (Выготский Л.С., 1996; Ананьев Б.Г., 2008; Бодалев А.А., Столин В.В., 2000; Щелкова О.Ю.); транстеоретическая модель изменения поведения (DiClemente C.C., Prochaska J.O., 1998, 2013) и мотивационного интервьюирования (Miller W.R., Rollnick S., 2021).

Научная новизна результатов исследования

1. Впервые в качестве объекта профилактических вмешательств определена и системно обследована группа женщин репродуктивного возраста, не имеющих наркологических расстройств, на предмет выявления клинико-психологических, социально-психологических и социально-демографических факторов специфичной уязвимости женщин к формированию зависимого поведения.

2. Эмпирически обоснована разработка единого диагностического алгоритма последовательных этапов обследования женщин репродуктивного возраста на предмет выявления уровня риска злоупотребления ПАВ и преддиспозиционных факторов, его потенцирующих.

3. Выявлены и детально изучены клинико-психологические, социально-психологические и социально-демографические предикторы уязвимости к злоупотреблению ПАВ на различных уровнях профилактических вмешательств:

- на селективном уровне: высокий уровень образования и дохода, проживание в крупном городе, дистресс и симптомы ПТСР, сочетанное употребление никотинсодержащих изделий и алкоголя, наличие негативных последствий для психического и физического здоровья, профессиональной и семейной жизни, связанные с их употреблением, обеспокоенность родственников женщины ее курением и употреблением алкоголя, а также безуспешные попытки сократить потребление алкоголя.

- на индикативном уровне у беременных женщин: большое количество совместно проживающих членов семьи, включая детей, проживание в крупном

городе, употребление никотина до беременности и употребление алкоголя во время беременности, дистресс и ПТСР, беспокойность родственников и близких женщины ее курением и употреблением алкоголя во время беременности.

- на уровне терапевтических и реабилитационных вмешательств – возраст, наличие супружеских отношений и большое количество детей, проживание в крупном городе, дистресс и симптомы ПТСР, сочетанное злоупотребление никотинсодержащими изделиями, алкоголем, седативными и снотворными препаратами и наркотиками, невозможность прекратить их употребление, невыполнение обязательств, беспокойность родственников женщины ее курением и употреблением алкоголя, а также безуспешные попытки сократить употребление алкоголя.

4. Выделенные предикторы уязвимости к злоупотреблению ПАВ позволили эмпирически обосновать и апробировать алгоритм профилактической работы на селективном уровне первичной профилактики и на уровне терапевтических и реабилитационных вмешательств, основанный на использовании метода мотивационного консультирования по укреплению целеполагания в отношении отказа или сокращения употребления ПАВ.

5. Оценка эффективности реализованных алгоритмов диагностических и профилактических вмешательств позволила доказать наличие значимых изменений и связи между частотно-количественными характеристиками употребляемых ПАВ и выраженностью клинико-психологических и социально-психологических факторов риска зависимого поведения, что было заложено в алгоритм оценки проводимых профилактических мероприятий в качестве критерия результативности.

6. Системная модель психологической профилактики включает комплексный, принципиально новый методологический подход к диагностике, превенции и оценке эффективности реализуемых вмешательств в отношении гендерно специфичных факторов риска злоупотребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста.

Теоретическая значимость результатов исследования

1. Сформулированы теоретико-методологические основания разработки системной модели психологической профилактики употребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста. Предложенная система профилактических вмешательств интерпретируется с позиций клинической психологии, как сложная открытая социальная система, имеющая свою целостность, структуру и иерархичность, в которой помощь женщинам репродуктивного возраста оказывается комплексно и на различных взаимодействующих между собой и взаимовлияющих друг на друга уровнях.

2. Научно обоснованы клинико-психологические и социально-демографические факторы уязвимости женщин репродуктивного возраста, включая беременных, к злоупотреблению ПАВ, которые расширяют представления медицинской психологии и клинической медицины о роли средовых, социальных, психологических и клинических факторов риска зависимого поведения на донозологических и клинических стадиях наркологического расстройства.

Практическая значимость результатов исследования

1. Теоретико-методологический анализ, обобщение российских и зарубежных исследований и подходов к проблеме предупреждения злоупотребления ПАВ среди женщин репродуктивного возраста позволили выделить и обосновать направления универсальной, селективной и индикативной первичной профилактики, обладающие доказанной эффективностью в долгосрочной перспективе.

2. Апробированный комплекс скрининговых опросников, методов клинико-психологической и лабораторной диагностики позволяет не только определять уровень риска злоупотребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста, но и положительно влияет на изменение частоты и количества употребляемых ПАВ при использовании результатов скрининга как начального этапа вовлечения и фокусировки на проблеме в процессе мотивационного консультирования как для женщины, так и для специалиста, проводящего профилактическое вмешательство.

3. На основании выявленных факторов уязвимости к злоупотреблению ПАВ выделены мишени и определено содержание подходов к универсальной,

селективной и индикативной первичной профилактике, реализация которых позволит оказывать помощь женщинам репродуктивного возраста на доклиническом уровне потребления ПАВ, что в перспективе может способствовать: (1) предупреждению формирования зависимости от табака, алкоголя и наркотиков; (2) снижению латентности наркологической патологии среди женского населения; (3) сокращению распространенности наркологических заболеваний и (4) предотвращению негативных последствий для членов семьи женщины, включая несовершеннолетних детей.

4. Предлагаемая и доказавшая высокую эффективность системная модель психологической профилактики употребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста, базирующаяся на результатах анализа клинико-психологических, социально-психологических и социально-демографических факторов риска формирования зависимого поведения, может стать основой стандартов профилактики наркологических заболеваний при организации межведомственного взаимодействия, подкрепленного соответствующим нормативно-правовым регулированием, между подведомственными Министерству здравоохранения, Министерству просвещения, Министерству труда учреждениями.

Положения, выносимые на защиту:

1. Системная модель психологической профилактики потребления ПАВ является открытым, разноуровневым, многомерным и динамично изменяющимся конструктом, позволяющим оказывать таргетированное воздействие на клинико-психологические и социально-психологические предикторы зависимого поведения, а также учитывать социально-демографические характеристики женщин репродуктивного возраста.

2. Наиболее значимыми предикторами зависимого поведения у женщин репродуктивного возраста являются признаки психоэмоционального неблагополучия, уменьшение которых в процессе реализации профилактических вмешательств на универсальном, селективном и индикативном уровнях превенции может рассматриваться в качестве критерия оценки их эффективности.

3. Использование скрининговых инструментов помогает определить не только признаки злоупотребления ПАВ в частотно-количественном эквиваленте и

модели проблемного употребления, но и позволяет выбрать наиболее действенные профилактические подходы – от активного информирования о персонализированных рисках для здоровья до мотивационных вмешательств по укреплению целеполагания по отказу от курения или употребления алкоголя.

Апробация результатов исследования. Основные результаты исследования представлены на: Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Клиническая психология в междисциплинарном пространстве» (Москва, 2024); XI Всероссийской конференции с международным участием «Актуальные вопросы доклинических и клинических исследований лекарственных средств и клинических испытаний медицинских изделий» (Санкт-Петербург, 2024); IV Международном психологическом форуме «Ребенок в цифровом мире» (Москва, 2024); Всероссийском конгрессе с международным участием «Психическое здоровье в меняющемся мире» (Санкт-Петербург, 2024); 20th International Network on Brief Interventions for Alcohol «INEBRIA-2024» (Барселона, 2024); Российско-Белорусских майских чтениях по актуальным вопросам психического здоровья (Гродно, 2024); Научно-практической конференции с международным участием «Интеграция нейронаук и клинической практики: современные тенденции в сфере охраны психического здоровья» (Рязань, 2024); Республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию образования кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии с курсом повышения квалификации и переподготовки учреждения образования Белорусский государственный медицинский университет (Минск, 2024); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Клиническая психология в междисциплинарном пространстве» (Москва, 2024); Всероссийском конгрессе с международным участием «Нейропсихиатрия в трансдисциплинарном пространстве: от фундаментальных исследований к клинической практике» (Санкт-Петербург, 2023); Научно-практической конференции с международным участием «Инновационные технологии в психиатрии и наркологии: диагностика, лечение, реабилитация и организация помощи» (Екатеринбург, 2023); V Российской конференции с международным участием «Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии» (Томск, 2023); 3rd European Congress on

Addiction, Psychiatry and Mental Health (Рим, 2022); 30th European Congress of Psychiatry (Будапешт, 2022); 17th European Congress of Psychology (Любляна, 2022); Всероссийском конгрессе с международным участием «Психоневрология: Век XIX – Век XXI» (Санкт-Петербург, 2022); VI Съезде неврологов и психиатров Средневолжского научно-образовательного медицинского кластера Приволжского федерального округа с международным участием «Актуальные вопросы клинической неврологии и психиатрии» (Нижний Новгород, 2022).

Внедрение результатов исследования. Разработанные алгоритмы диагностических и профилактических вмешательств внедрены в работу Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, ГБУЗ Нижегородской области «Нижегородский областной наркологический диспансер»; ГБУЗ Московской области «Московский областной клинический наркологический диспансер»; ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер им. проф. Н.П. Кокориной» и ГБУЗ Нижегородской области «Дзержинский перинатальный центр». Разработанные на базе исследования образовательные программы преподаются специалистам с высшим медицинским и психологическим образованием, а также преподавателям кафедр психиатрии и наркологии высших учебных заведений на базе учебно-методического отдела ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Основное содержание диссертации отражено в 42 публикациях (общий объем – 86,22 п.л.; авторский вклад – 27,46 п.л.); из них 35 в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных для защиты в диссертационном совете МГУ по специальности 5.3.6. Медицинская психология (общий объем – 23,65 п.л.; авторский вклад – 13,73 п.л.).

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы (410 источников, в том числе 183 на иностранных языках) и 7 приложений. Основной текст диссертации изложен на 360 страницах, содержит 111 таблиц и 22 рисунка.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, ФАКТОРОВ РИСКА ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И ГЕНДЕРНО СПЕЦИФИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В социо-гуманитарных дисциплинах, включая психологию, еще идет процесс составления исчерпывающего перечня доменов изучения здоровья и смежных с ним понятий благополучия и качества жизни человека, среди которых указываются: 1) уровневые показатели физического и психического здоровья; 2) актуальные и потенциальные ресурсы благополучия на внутриличностном, социальном и средовом уровнях; 3) поведенческие паттерны в отношении различных аспектов поддержания или восстановления здоровья; а также 4) готовность к обращению за получением социальных и средовых ресурсов общества в случае ухудшения физического или психического здоровья (Цветкова Л.А. и соавт., 2018, 2019). Указанные домены имеют прямое отношение к профилактике зависимого поведения, поскольку употребление табака, алкоголя и наркотиков представителями различных групп населения является серьезным фактором, влияющим: 1) на рост заболеваемости и смертности от причин, связанных с воздействием ПАВ; 2) на сокращение продолжительности жизни и ухудшение ее качества, а также 3) на необходимость получения специализированной психологической и наркологической помощи, что влечет дополнительные временные и финансово-экономические затраты для самого человека и общества.

Наиболее экономически выгодным вложением в меры по предотвращению заболеваемости и преждевременной смертности от причин, ассоциированных с потреблением никотинсодержащей продукции, алкоголя и наркотиков является профилактика, осуществляемая последовательно и комплексно. Тем не менее, даже при первом взгляде на превентивные вмешательства, осуществляемые как в России, так и в других странах, становится очевидным ряд системных противоречий. В первую очередь следует отметить, что наиболее распространенным методом профилактики является всеобщее антинаркотическое просвещение в школах (Sussman S. et al., 2004; Faggiano F. et al., 2014), обладающее

крайне низкой эффективностью при его реализации в отрыве от других методов и форм превентивных вмешательств (Международные стандарты профилактики употребления наркотиков, 2013, 2018). Известно, что обладающие доказанной эффективностью программы состоят из иных компонентов: 1) развитие социальной компетентности или жизненных навыков; 2) обучение навыкам отказа и сопротивления давлению группы, и только в последнюю очередь 3) предоставление достоверной информации о последствиях употребления ПАВ (Volkow N.D., Blanco C., 2023). Помимо этого, в ряде случаев, охват целевой группы превентивных вмешательств остается неполным, а действия специалистов, занятых в реализации профилактических программ, являются либо непоследовательными, либо недостаточно длительными для достижения ожидаемых результатов (Корчагина Г.А., Фадеева Е.В., 2013). На данную проблему указывают как занимающиеся профилактикой зарубежные эксперты (Campello G., Gerra G., Sloboda Z. и др.), так и исследовательские группы международных организаций (ВОЗ, УНП ООН и EMCDDA).

В Российской Федерации основное внимание при реализации превентивных вмешательств уделяется работе с организованными группами детей, подростков и молодежи в образовательных учреждениях (Национальное руководство по профилактике наркологических расстройств, 2018), а наиболее последовательно системная профилактическая работа с лицами иных социально-демографических групп проводится в медицинских организациях, в частности при проведении диспансеризации взрослого населения³ (Драпкина О.М. и соавт., 2022). К сожалению, в данных мероприятиях крайне редко учитываются вопросы половых различий и гендерно специфичных факторов риска развития наркологических заболеваний, поэтому для обоснования системной модели психологической профилактики потребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста представляется необходимым более подробно проанализировать: 1) распространенность и гендерную специфику употребления ПАВ и наркологических расстройств; 2) факторы риска злоупотребления ПАВ девушками

³ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. №404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»

и женщинами; 3) клинико-динамические особенности течения наркологических заболеваний с учетом гендерных различий.

1.1. Распространенность и гендерная специфика употребления ПАВ и наркологических расстройств

В психологии и медицине популяционные эпидемиологические методы используются в качестве наиболее точного и объективного инструмента для установления причин развития патологических состояний (Зуева Л.П., Яфаев Р.Х., 2008). При этом подчеркивается, что несмотря на накопленные знания и достигнутый прогресс в области дифференцированного подхода к изучению различий между мужчинами и женщинами, все еще сохраняются серьезные пробелы в знаниях из-за преобладания научного интереса к проблеме одного из полов или пренебрежения гендерным анализом (Heidari S., et al., 2016). В связи с чем необходим более подробный анализ ассоциированных с полом причинно-следственных связей и их предполагаемой роли в отношении факторов риска возникновения и течения заболевания, а также эффективности профилактики, лечения и реабилитации зависимости от различных видов ПАВ (Becker J.B. et al., 2016-2023; McKee S.A., McRae-Clark A.L., 2022).

Распространенность и гендерные различия в потреблении никотинсодержащей продукции. Несмотря на имеющиеся нормативно-правовые ограничения доступности никотинсодержащих изделий и алкогольных напитков, распространенность их потребления среди взрослого населения достаточно высока и зачастую их относят к так называемым «легальным» ПАВ. При этом курение является одной из основных предотвратимых причин заболеваний и преждевременной смерти во всем мире (WHO report on the global tobacco epidemic. Executive summary, 2023). На глобальном уровне от связанных с курением заболеваний ежегодно умирают около 7 млн человек, а если основные тенденции потребления сохранятся, то можно ожидать, что к 2030 году это число увеличится до 8 млн человек в год (WHO report on the global tobacco epidemic, 2023). Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (Global Adult Tobacco Survey, сокр. GATS) является стандартом систематического мониторинга

потребления табака и отслеживания ключевых показателей борьбы против потребления никотинсодержащей продукции, разработанным для получения национальных оценок в целом, а также с учетом гендерных и возрастных различий (Asma S. et al., 2015). В Российской Федерации опрос GATS впервые был проведен в 2009 г., а сопоставимые данные были получены в 2016 г. (Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS) - Российская Федерация, 2009, 2016). Сравнение динамики результатов опросов GATS 2009 и 2016 гг., подтвержденных российскими аналитическими исследованиями (Сахарова Г.М., и соавт., 2017), свидетельствует о существенном статистически значимом снижении потребления табака, активного и пассивного курения среди населения Российской Федерации, при этом динамика сокращения потребления никотинсодержащей продукции была более выражена среди женщин. Так, число постоянных курильщиков среди женщин сократилось на 32,4% (с 21,7% в 2009 г. до 14,3% в 2016 г.), тогда как среди мужчин - только на 16,0% (с 60,2% в 2009 г. до 50,6% в 2016 г.) (Салагай О.О. и соавт., 2018). Указанные положительные тенденции ряд исследователей связывают со вступлением в силу Федерального закона №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»⁴ и иных законодательных мер, эффективность которых позволяет наблюдать статистически значимое снижение всех показателей потребления никотинсодержащей продукции как среди мужчин, так и среди женщин (Салагай О.О. и соавт., 2018; Гамбарян М.Г., 2019; Стадник Н.М., и соавт., 2024).

Распространенность и гендерные различия в потреблении алкоголя. По данным ВОЗ (2024), потребление алкоголя ежегодно приводит к 2,6 млн смертей во всем мире, а также к инвалидности и ухудшению здоровья миллионов людей, являясь ведущим фактором риска преждевременной смертности и инвалидности в возрастной группе лиц трудоспособного репродуктивного возраста от 15 до 49 лет. Согласно оценкам, полученным на основании количества лет жизни с поправкой на инвалидность (Disability-adjusted life years, DALY), на употребление алкоголя

⁴ Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»

приходится 5,1% глобального бремени болезней и травм, что в большей степени затрагивает лиц мужского пола. По оценкам ВОЗ, у 6,4% мужчин и 1,2% женщин наблюдается алкогольная зависимость, а 12,6% мужчин и 2,9% женщин страдают от расстройств, связанных с употреблением алкоголя (Global Status Report on Alcohol and Health, 2018). Употребление алкоголя является причиной более чем 200 заболеваний, травм, а также других нарушений здоровья, приводя к немедленным и отсроченным неблагоприятным последствиям (Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders, 2024). Употребление алкоголя женщиной, ожидающей ребенка, может приводить не только к осложненному течению беременности и родов, но и к развитию ФАС (Информационный бюллетень ВОЗ. Алкоголь, 2022).

В последнее десятилетие в Российской Федерации отмечается положительная динамика, выражающаяся в сокращении употребления алкоголя среди населения (Neufeld M., Bobrova A. et al., 2020; Neufeld M., Rehm J. et al., 2020). Введение в начале 2000-х годов различных научно обоснованных мер по борьбе с алкоголем привело к снижению смертности от всех причин, причем наиболее выраженные изменения происходят в отношении причин смерти, связанных с употреблением алкоголя. С 2003 г. потребление алкоголя и смертность снижались параллельно – в период с 2003 по 2018 гг. смертность от всех причин снизилась на 39% у мужчин и на 36% у женщин, что привело к увеличению ожидаемой продолжительности жизни. В 2018 году ожидаемая продолжительность жизни в России достигла исторического пика, составив почти 68 лет для мужчин и 78 лет для женщин (Alcohol policy impact case study, 2019). Однако сохраняются и отдельные неблагоприятные тенденции. Так, данные мета-анализа, посвященного изучению распространенности потребления алкоголя во время беременности во всех шести регионах ВОЗ, указывают на ее высокую распространенность. При этом Россия входит в пятерку стран с наибольшей распространенностью потребления алкоголя среди беременных женщин, что обуславливает необходимость разработки программ гендерно специфичной профилактики по предотвращению потребления алкоголя во время беременности (Popova S. et al, 2017).

Распространенность и гендерные различия в потреблении наркотиков.

Употребление наркотиков приводит к развитию острых и хронических заболеваний, включая инфекционные, сердечно-сосудистые, психиатрические, онкологические заболевания, и усугубляет их течение (Наркология. Национальное руководство, 2024). По оценкам Глобального исследования бремени болезней (Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study, GBD; 2024), в котором, помимо смертности, учитываются годы, прожитые с инвалидностью, потребление наркотиков ассоциировано с ранним началом, хроническим или рецидивирующим течением заболевания, взаимосвязано с более низким качеством жизни, стигматизацией и дискриминацией, которые еще больше усугубляют негативные последствия наркотической зависимости (Murray C.J.L., 2022). Согласно данным Всемирного доклада по наркотикам (World Drug Report, 2023), число потребителей наркотиков выросло с 240 млн в 2011 году до 296 млн в 2021 году (что соответствует 5,8% взрослого населения), что на 23% больше, чем десятью годами ранее, в том числе и из-за прироста мирового населения. В 2021 году каждый 17-й человек в возрасте от 15 до 64 лет в мире употреблял наркотики хотя бы один раз за последние 12 месяцев. Наиболее часто употребляемым наркотиком является каннабис: в 2021 году, его употребляли 219 млн человек, или 4,3% взрослого населения мира; 36 млн человек употребляли стимуляторы амфетаминового ряда; 22 млн употребляли кокаин. Опиоиды являются группой наркотических средств, вызывающих наибольший вред, включая смертельные передозировки. В 2021 году 60 млн человек употребляли опиоиды в немедицинских целях, 31 млн из них употребляли опиаты (в основном героин).

Гендерная специфика потребления наркотиков на глобальном уровне, показывает, что распространенность наркологической патологии среди взрослого населения в возрасте от 15 до 64 лет среди мужчин выше, чем среди женщин. Так, мужчины практически в шесть раз чаще, чем женщины, употребляют опиоиды; практически в три раза чаще – каннабис и кокаин; в два раза чаще – амфетамины и наркотики из группы новых ПАВ. Распространенность злоупотребления отпускаемыми по рецепту опиоидами и транквилизаторами среди мужчины и женщины примерно одинакова (World Drug Report, 2023).

В 2019 году преждевременная смертность, связанная с потреблением наркотиков, составила более 550 тыс. человек. В некоторых странах наблюдается рост смертности от передозировки наркотиков, которая резко возросла за последнее десятилетие и еще больше ускорилась во время пандемии COVID-19 (Volkow N.D., Blanco C., 2023; Доклад МККН, 2023). Количество смертей, в основном связанных с передозировкой опиоидами, в 2021 году в США оценивалось более чем в 107 тыс. человек (Volkow N.D., 2021). Данная негативная тенденция усугубляется распространением фентанила на рынке запрещенных наркотиков (Palamar J.J. et al., 2022), аналогичные проблемы наблюдаются в Канаде (Ledlie S. et al., 2025) и Великобритании (Lewer D. et al., 2023).

Данные исследования глобального бремени болезней, травм и факторов риска указывают на значительные гендерные различия по смертности в возрастной категории от 15 до 39 лет, связанные с психическими расстройствами, злоупотреблением алкоголем и наркотиками (GBD 2021, 2024). Эти различия подчеркивают важность устранения и снижения факторов преждевременной смертности, связанных для мужчин с поведенческими и профессиональными рисками, убийствами и самоубийствами, а для женщин – с факторами экономического и гендерного неравенства (Cutter S.L., 2017; Connor J. et al., 2020).

Гендерные аспекты наркологических расстройств в Российской Федерации. Говоря о гендерной специфике обращаемости за наркологической помощью как в Российской Федерации, так и в мире, можно отметить преобладание заболеваемости мужчин над женщинами по всем клиническим нозологиям. Статистические данные указывают на следующую динамику соотношения мужчин и женщин, обращавшихся за наркологической помощью в течение последних 20 лет: в отношении первичной заболеваемости зависимостью от других ПАВ (наркоманией) с 1999 по 2021 гг. соотношение мужчин и женщин изменилось с 6,1:1 до 7,1:1, а в отношении пагубного употребления других ПАВ - с 2,9:1 до 4,7:1, что позволяет предположить меньшую распространенность потребления наркотиков среди женщин и увеличение доли мужчин в структуре заболеваемости в течение последних 20 лет (Киржанова В.В. и соавт., 2022). Однако число женщин с синдромом зависимости от других ПАВ, госпитализированных в наркологические учреждения, по отношению к числу госпитализированных с

аналогичными проблемами мужчин неуклонно растет: в 2010 г. оно составляло 4,7:1, в 2012 г. – 4,5:1, в 2014 г. – 4,4:1, а в 2017 г. – 4:1 (Кравченко С.Л., 2020).

В отношении первичной заболеваемости алкогольной зависимостью за указанный период времени доля мужчин и женщин изменилась с 5,2:1 до 3,2:1, а в аспекте пагубного употребления алкоголя - с 6,5:1 до 2,3:1. Это позволяет говорить о заметном увеличении проблем зависимости и пагубного употребления алкоголя у женщин в структуре общей заболеваемости, несмотря на снижение абсолютных значений распространенности указанных расстройств (Киржанова В.В. и соавт., 2022). На схожие тенденции в отношении зависимости от алкоголя указывают результаты исследования, проведенного в Челябинской области, по данным которого соотношение мужчин и женщин с алкогольной зависимостью позднего возраста в 2006 г. составляло 7,7:1, в 2010 г. - 5,5:1, а в 2012 г. - 5,3:1 (Мингазов А.Х. и соавт., 2013). К аналогичным выводам приходят и зарубежные исследователи, подчеркивающие, что в последние 10 лет число женщин, особенно молодого возраста, употребляющих алкоголь, злоупотребляющих алкоголем и имеющих алкогольную зависимость, увеличивается, в то время как распространенность аналогичных проблем среди мужчин остается относительно стабильной (Ruiz S.M., Oscar-Berman M., 2013). Таким образом, увеличение доли женщин среди пациентов, обратившихся за наркологической помощью с зависимостью или пагубным употреблением алкоголя, можно отметить в качестве негативной тенденции, указывающей на необходимость разработки и внедрения программ профилактики, лечения и реабилитации с учетом гендерно специфичных факторов риска, главным образом в отношении профилактики алкоголизма (Фадеева Е.В., 2026).

Тем не менее, в теоретических и эмпирических исследованиях, а также при реализации практических подходов к лечению наркологических расстройств следует учитывать, что основную долю пациентов с зависимостью от алкоголя и других ПАВ, включая наркотики, составляют лица мужского пола, которые так же как и женщины, имеют гендерно специфичные предикторы и клинико-психологические особенности, влияющие на первые пробы ПАВ, формирование и течение заболевания, а также ограничивающие обращаемость за специализированной помощью (Chartier K.G. et al., 2011; Smith J.A. et al., 2020).

1.2. Гендерно специфичные факторы риска злоупотребления ПАВ и формирования наркологических расстройств

Подверженность влиянию факторов риска развития или усугубление течения наркологического расстройства может рассматриваться в континууме «топографии профилактического пространства» как трехмерной системы координат в фокусе: 1) возрастных; 2) частотно-количественных и 3) прикладных осей, на которых располагаются «факторы риска возникновения зависимости» и «факторы защиты от подверженности наркологическим заболеваниям» (Профилактика наркологических расстройств: Национальное руководство, 2018). Как отмечали Т.В. Воробьева и А.В. Ялтонская (2008), в течение жизни на индивида воздействует совокупность как факторов риска, так и факторов защиты, которые чаще всего не имеют прямых связей с формированием зависимости от наркотиков. Однако в Национальном руководстве по психиатрии (Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2022) указаны клинические, биологические и генотипические маркеры предрасположенности к развитию наркологических расстройств на примере алкогольной зависимости (таблица 1).

Таблица 1 - Основные маркеры предрасположенности к болезням зависимости

Клинические	⇒ наличие не менее двух кровных родственников (отец, мать, родной брат или сестра) с достоверно установленным диагнозом алкогольной зависимости
	⇒ раннее начало злоупотребления алкоголем и курение табака
	⇒ синдром минимальной мозговой дисфункции в детстве
	⇒ эмоциональная нестабильность, повышенная возбудимость, склонность к депрессиям
	⇒ трудный пубертатный период с преобладанием черт психического инфантилизма
	⇒ синдром дефицита внимания с гиперактивностью
	⇒ постоянный поиск новизны ощущений
Биологические	⇒ уменьшенная амплитуда или отсутствие Р300-волн в вызванном слуховом корковом электрическом потенциале
	⇒ избыточная β-активность на ЭЭГ
	⇒ низкая концентрация дофамина в моче и крови
Генетические	⇒ индивидуальный генотипический профиль по трем генам: DRD2 (рецептор дофамина типа 2), DRD4 (рецептор дофамина типа 4), COMT (катехол-О-метилтрансфераза)

Указанные в таблице 1 маркеры предрасположенности создают неблагоприятную нейробиологическую и клинико-психопатологическую предрасположенность, которая, в случае дополнительного влияния личностных и семейных факторов риска, может приводить к формированию химических и нехимических видов зависимого поведения (Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2022) (таблица 2).

Таблица 2 - Основные группы факторов риска предрасположенности к болезням зависимости

Личностные факторы	⇒ наличие диссоциативного и эмоционально неустойчивого расстройства личности
	⇒ наличие зависимого или тревожного (уклоняющегося) расстройства личности
	⇒ лица с психопатоподобным вариантом психоорганического синдрома
	⇒ сниженная устойчивость к стрессам
	⇒ эмоциональная неустойчивость, высокий уровень тревоги, комплекс неполноценности, сниженная коммуникабельность
	⇒ сниженный интеллект, слабая мотивация к деятельности, отсутствие социально позитивных установок и заинтересованности в труде
	⇒ органические поражения головного мозга: черепно-мозговые травмы, задержка интеллектуального и физического развития, нарушения развития речи, энурез
	⇒ безразличное отношение к досугу и неумение им распорядиться
Семейные факторы	⇒ наличие психических расстройств, включая алкоголизм у родителей
	⇒ воспитание в неполной семье, родственниками, в детском доме и др.
	⇒ неправильное обращение с ребенком (насилие над детьми и отсутствие заботы о них, материнская и семейная депривация)
	⇒ дисгармоничный характер взаимоотношений в родительской семье
	⇒ безразличные и недоброжелательные межличностные отношения родителей, отсутствие эмоционального и духовного контакта ребенка с родителями, совместного отдыха и деятельности
	⇒ криминальная и антисоциальная направленность членов семьи

Не менее значимы возрастные координаты «профилактического пространства», которые в нашей стране соотносятся с периодизацией психического развития Эльконина Д.Б. (Эльконин Д.Б., 1971; 1989), возрастной периодизацией ВОЗ и концепцией возрастных новообразований и кризисов Давыдова В.В. (Давыдов В.В. и соавт., 1979). Каждый из возрастных периодов обладает рядом

специфичных критериев уязвимости, которые необходимо учитывать при разработке программ превенции зависимого поведения (таблица 3).

Таблица 3 - Возрастные факторы риска злоупотребления ПАВ

Факторы риска на социальном уровне профилактических вмешательств	Возрастной период		
	детство	подростковый период	юность
Индивидуальные факторы риска			
раннее приобщение к потреблению ПАВ	*		
употребление ПАВ в подростковом возрасте		*	
экстернальные проблемы (асоциальное поведение)	*	*	*
интернальные проблемы (депрессия, тревога и т.д.)	*	*	
Факторы риска в сфере отношений со сверстниками и членами семьи			
конфликты в семье	*	*	*
сниженный навык совладания с семейными проблемами	*	*	
благосклонное отношение родителей к потреблению ПАВ	*	*	
потребление ПАВ членами семьи	*	*	
наличие друзей, которые потребляют ПАВ		*	*
Факторы риска образовательной организации			
неблагоприятная атмосфера в образовательной организации			*
отсутствие привязанности к образовательной организации		*	
прогулы образовательной организации			*
академическая неуспеваемость	*	*	*
Факторы риска социальной группы			
низкий доход и образование родителей	*		*
законодательные нормы, благоприятствующие употреблению ПАВ			*
доступность ПАВ			*

Примечание: * - фактор риска, значимо связанный с формированием зависимости от ПАВ в более старшем возрасте

Анализируя данные таблицы 3, мы можем наблюдать ряд закономерностей:

1) для детского и подросткового возраста более важное значение имеют факторы, связанные с индивидуально-личностными особенностями и признаками семейного

неблагополучия; 2) для юношеского возраста – факторы риска образовательной организации и социальной группы, включая референсную группу ближайшего круга общения. Среди представленных в таблице 3 факторов риска только два сохраняют свою значимость на протяжении всего периода от детства до подросткового возраста – это стойкое асоциальное поведение и академическая неуспеваемость, которые могут считаться универсальными предикторами, потенциально влияющими на склонность к зависимому поведению (Paul S.E. et al., 2022). Помимо возрастных предикторов, имеющих научно доказанную прогнозную связь с потреблением наркотиков, можно отметить гендерно специфичные факторы риска, наблюдаемые уже в подростковом и юношеском возрасте (Guidelines on Drug Prevention and Treatment for Girls and Women, 2016) (таблица 4).

Таблица 4 - Гендерно специфичные факторы риска употребления наркотиков

Факторы риска	Юноши	Девушки
депрессия		*
нарушения поведения	*	
курение сигарет		*
употребление алкоголя и наркотиков матерью		*
низкая родительская привязанность		*
низкий родительский контроль		*
деструктивная домашняя среда		*
дисфункциональные семейные отношения		*
курение сигарет матерью во время беременности		*
агрессивность в начальной школе	*	
повышенный уровень тревоги		*
трудности при взаимодействии со сверстниками	*	
сексуальное насилие в детстве		*

*Примечание: * - фактор риска, значимо связанный с формированием зависимости от ПАВ в более старшем возрасте*

В соответствии с данными, представленными в таблице 4, на начало употребления ПАВ юношами наиболее сильное прогностическое влияние оказывают коммуникативные и поведенческие нарушения. Для девушек при

значительном вкладе наследственных и семейно-обусловленных поведенческих паттернов, связанных с потреблением ПАВ и деструктивными семейными отношениями, большую прогностическую силу, чем у юношей, имеют нарушения психоэмоционального состояния, а также пережитое физическое или психологическое насилие (Guidelines on Drug Prevention and Treatment for Girls and Women, 2016).

Дополнительные данные по гендерно специфичным факторам риска аддиктивного поведения позволяет получить изучение влияния внешних средовых факторов, семьи и внутренних особенностей личности, взаимодействующих друг с другом и формирующих развитие человека на протяжении всей жизни, которые в зарубежной литературе обозначаются термином «негативные каскады развития» (negative developmental cascades) (Brook D.W. et al., 2011; Novak M., Mihić J., 2018; Ahmed S. et al., 2023). Под «негативными каскадами развития» подразумевают наличие у детей обоего пола специфических индивидуальных черт, приводящих к дезадаптации в случае отсутствия компенсирующей психологической, семейной или социальной поддержки, к формированию и закреплению асоциальных форм поведения, включая употребление ПАВ (Duan W. et al., 2022; Memmott-Elison M.K., Toseeb U., 2022). В исследованиях, основанных на теории негативных каскадов развития, гендерные различия, как правило, изучались очень тщательно (Memmott-Elison M. et al., 2020-2022). К примеру, девушки, чаще чем юноши, ведут себя более просоциально (Mihic J., Novac M., 2018; Xiao S.X. et al., 2019), но подвержены влиянию таких интернальных факторов риска, как тревога и депрессия (Alloy L.B. et al., 2016), а также соматическим расстройствам (Kovacs M., Devlin B., 1998; Hassan T.Y. et al., 2022). При этом юноши чаще, чем девушки, испытывают проблемы со сверстниками, импульсивностью, гиперактивностью и дефицитом внимания (Murray A.L. et al., 2018; Mihic J., Novac M., 2018; Kuralić-Ćišić L. et al., 2022), а также более склонны к асоциальным и делинквентным поступкам (Newsome J. et al., 2016; Belisle L., Salisbury E.J., 2021). Не меньший интерес представляет теория «ожиданий от употребления алкоголя» (alcohol expectancies), которая объясняет, как положительное или отрицательное подкрепление является

релевантным психологическим конструктом, опосредующим поведение (Stamates A.L. et al., 2023). На психосоциальном уровне теория ожиданий представляет аргументированные доказательства того, как индивидуально-психологические характеристики, положительно подкрепленные воспоминаниями или связанные с негативным личностным опытом предшествующего употребления алкоголя, а также воздействие факторов микросоциального окружения влияют на мотивацию к злоупотреблению алкоголем (Johnson E.C. et al., 2023).

Российские исследования в качестве значимых для мужчин мотивов, приводящих к злоупотреблению алкоголем, указывают совершенные ранее правонарушения, склонность к праздному времяпрепровождению и недостаточную самореализацию, а для женщин – чувство одиночества и хронические стрессы, связанные с различными событиями и переживаниями: семейными конфликтами, разводом, смертью близких, супружескими отношениями, беспокойством о собственном здоровье (Кривулин Е.Н., Мингазов А.Х., 2013). Отдельные зарубежные исследования приводят данные, что для мужчин значимым мотивом алкоголизации может являться необходимость самоутверждения в значимой социальной группе в сочетании с низкими навыками совладания со стрессом и с негативным аффектом (Ruiz S.M. et al., 2014; D'Aquino S. et al., 2022). Для женщин мотивация к потреблению алкоголя связана с потребностью снизить выраженность негативных эмоциональных переживаний (депрессия, тревога и стресс) и с необходимостью соответствовать ожиданиям значимой социальной группы (Dvoraka R.D. et al., 2016; Ruiz S.M. et al., 2017). Ограниченные навыки совладания со стрессом и неадаптивные копинг-стратегии оказывают влияние на формирование алкогольной зависимости и высокую вероятность рецидива заболевания как у мужчин, так и у женщин. Для мужчин в стрессовых ситуациях мотивом к потреблению алкоголя является потребность в положительном подкреплении или самостимуляции, а для женщин – необходимость регулировать негативный аффект и желание справиться с отрицательными эмоциями (Фадеева Е.В., 2026; Peltier M.R. et al., 2019) (рис. 1).

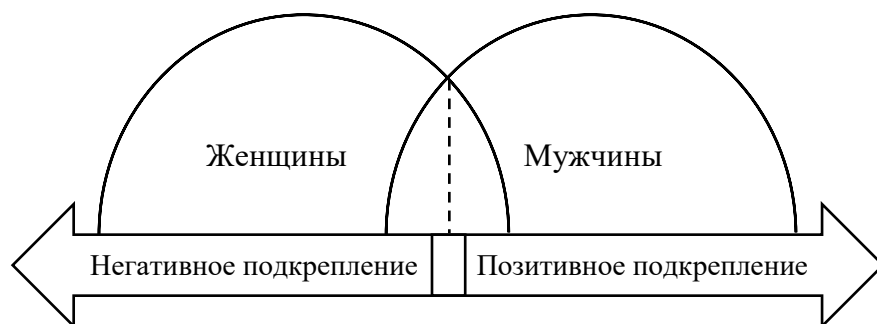


Рисунок 1 - Гендерные различия копинг-стратегий, связанных с потреблением алкоголя

Однако несмотря на то, что потребление алкоголя в качестве неадаптивной стратегии совладания со стрессом имеет выраженную гендерную специфику, некоторые женщины могут употреблять его в первую очередь для положительного подкрепления, а некоторые мужчины - для отрицательного, что в обоих случаях негативно влияет как на разрешение стрессовой ситуации, так и на общий контекст социального функционирования, включая семейные отношения (Фадеева Е.В., 2026; Peltier M.R. et al., 2019).

Исследование, посвященное изучению ассортативности (неслучайности) браков, в которых один или оба супруга употребляют алкоголь, позволило выделить ряд индивидуально-психологических характеристик женщин, негативно влияющих на достижение комплаенса в лечебно-реабилитационном процессе (Шайдукова Л.К., 2019; 2021). Поведение женщин в подобных браках имеет выраженные компоненты виктимности, тревожности и, как правило, обусловлено усвоением дисгармоничных ролевых моделей супружеских отношений в родительской семье, что в дальнейшем может формировать несколько вариантов семейных диад: 1) семья, в которой муж страдает алкоголизмом, а жена является созависимой личностью; 2) семья, в которой жена страдает алкоголизмом и 3) семья, в которой оба супруга злоупотребляют алкоголем (Шайдукова Л.К., 2021). В подобных союзах женщины длительное время игнорируют собственные потребности и избегают обращения за психологической или медицинской помощью (Koungiali Z.G. et al., 2021). Однако бывает очень сложно определить первопричину: распад семьи – это причина злоупотребления алкоголем или его

следствие (Шайдукова Л.К., Гареева Г.А., 2015). Специфика внутрисемейных отношений лиц, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками, включая склонность к созависимым отношениям в качестве защитных копинг-стратегий (Стряпухина Ю.В., Посохова С.Т., 2024; 2025), высокую распространенность первичной инициации супругом или партнером, которая в ряде случаев происходит добровольно, но иногда насильно (Fonseca F. et al., 2012), а также последующее совместное потребление в большей степени характерны для женщин (Рохлина М.Л., Мохначев С.О., 2001; Корольков А.И. и соавт., 2012). По оценкам ВОЗ, уровень распространенности насилия со стороны интимного партнера у женщин с синдромом зависимости от наркотиков в течение жизни колеблется от 40 до 70% по сравнению с 17–35% в общей популяции (Violence against women prevalence estimates, 2021), что значимо влияет как на формирование наркологических и психических расстройств, так и на общий контекст социального функционирования.

Среди причин злоупотребления ПАВ представителями взрослого трудоспособного населения указывается ряд психосоциальных рисков, связанных с условиями организации труда, характером трудовых функций и отношениями в рабочем коллективе (Гречаная Т.Б., 2014; Henderson M. et al., 1996; Anderson B.K., 2002), которые могут являться источниками хронического стресса на рабочих местах (Dobson M. et. al., 2023; Harada A et. al., 2023). Говоря о комплексной оценке благополучия лиц трудоспособного возраста, данные, полученные Национальным институтом охраны труда и здоровья (National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH), указывают следующие факторы, влияющие на психическое и физическое благополучие: 1) условия организации труда и опыт работы; 2) трудовая «политика» и культура; 3) физическая среда и безопасность на рабочем месте; 4) состояние здоровья работников и 5) их активность во внерабочее время (таблица 5) (Фадеева Е.В., 2026).

Таблица 5 - Факторы, влияющие на психическое и физическое благополучие лиц трудоспособного возраста

Условия организации труда и опыт работы	⇒ удовлетворение от работы
	⇒ удовлетворенность заработной платой
	⇒ удовлетворенность мерами социальной поддержки
	⇒ удовлетворенность карьерным ростом или перспективами карьерного роста
	⇒ поддержка руководителя
	⇒ поддержка коллег
	⇒ гарантия занятости
	⇒ самостоятельность выполнения трудовых задач
	⇒ усталость, связанная с работой
Психологический «климат» на рабочем месте	⇒ поддерживающая трудовая среда
	⇒ доверие на рабочем месте
	⇒ наличие программ поддержки здоровья сотрудников
	⇒ конфликты по рабочим и нерабочим вопросам
Физическая среда и безопасность на рабочем месте	⇒ общая безопасность на рабочем месте
	⇒ физическая удовлетворенность рабочей средой
	⇒ дискриминация
	⇒ преследование и сексуальные домогательства на рабочем месте
	⇒ издевательства на рабочем месте
	⇒ физическое насилие на рабочем месте
Состояние здоровья	⇒ общее самочувствие
	⇒ хронические заболевания
	⇒ общий стресс
	⇒ курение
	⇒ употребление алкоголя
	⇒ физическая активность
	⇒ здоровое питание
	⇒ продолжительность и качество сна
	⇒ производственные травмы
Внерабочее время	⇒ удовлетворенность жизнью
	⇒ финансовая нестабильность
	⇒ поддержка вне работы
	⇒ занятия вне работы

Лонгитюдные исследования, посвященные анализу взаимосвязи между употреблением алкоголя и стрессом на работе, показали статистическую значимость между уровнем стресса и злоупотреблением алкоголем, сильнее выраженную у мужчин, чем у женщин (Siegrist J., Rödel A., 2006). При этом тип работы влиял на риск формирования алкогольной зависимости и был связан с

полом работника следующим образом: у мужчин злоупотребление алкоголем было связано с тяжелой физической работой, тогда как более частое употребление алкогольных напитков женщинами ассоциировалось с выполнением управленческих задач (Barnes A.J., Zimmerman F.J., 2013). Понимание, оценка и превенция указанных факторов риска на рабочем месте поможет в значительной мере снизить распространенность психических и поведенческих расстройств, в том числе связанных с ПАВ, среди трудоспособного населения. Зачастую потребление алкоголя и наркотиков может являться следствием личных проблем работающей женщины, которые могут быть своевременно решены при поддержке со стороны работодателя (Henderson M. et al., 1996; Guidelines on Drug Prevention and Treatment for Girls and Women, 2016).

Значительные изменения в сфере социального функционирования, вызванные потреблением ПАВ, нарушения социальной адаптации, обусловленные психопатологическими характеристиками, конституциональными и приобретенными девиациями личности, затрагивают всех лиц с наркологическими расстройствами, но в большей степени отражаются на потребителях инъекционных наркотиков опийной группы, приводя к потере трудового статуса или к переходу на низкоквалифицированный труд (Клименко Т.В. и соавт., 2016; 2019). Мужчины, потребляющие наркотики, также характеризуются высокой криминальной активностью и частыми столкновениями с системой правосудия (Status Report on Prison Health in the WHO European Region, 2019). Для женщин в качестве наиболее частых примеров нарушений социального функционирования является нарастание конфликтных отношений в семье, приводящих к разводу с супругом и разрыву отношений с другими членами семьи (Włodarczyk E., 2018). Также для женщин причиной формирования зависимости от алкоголя в позднем возрасте значительно чаще являются психосоциальные факторы - смерть близких, стрессы, связанные с семейными отношениями, здоровьем, финансами, влиянием алкоголизирующего окружения, правовые проблемы или судебные разбирательства (в 97,2% изученной выборки), тогда как для мужчин - в 64,2% (Кривулин Е.Н., Мингазов А.Х., 2013). Нарушения социальной адаптации, характерные для лиц с наркологическими заболеваниями, также тесно взаимосвязаны с другими психическими

расстройствами (Azorin J-M. et al., 2017), а уже отмеченные ранее особая тяжесть и низкая эффективность лечения алкогольной и наркотической зависимости у женщин могут объясняться рядом причин, включающих различия в частоте и количестве потребляемых ПАВ, в поведенческих паттернах, особых потребностях в лечении (Альтшулер В.Б. и соавт., 2016; Уманская П.С., Агарков А.П., 2017; Кравченко С.Л., 2020), последующей медицинской и психосоциальной реабилитации (Кравченко С.Л., Корольков А.И., 2019).

Проблема зависимости от алкоголя в пред- и пенсионном возрасте обусловлена ростом в популяции числа лиц старших возрастных групп, что приводит к ряду негативных тенденций: 1) увеличение как относительной доли, так и абсолютного количества злоупотребляющих алкоголем лиц пожилого возраста; 2) увеличение наркологической заболеваемости среди пожилых людей, чем в более молодых возрастных группах (Ненастьева А.Ю., Бузик О.Ж., 2025). Согласно эпидемиологическому исследованию, проведенному в Великобритании, более 1,4 млн человек в возрасте 65 лет и старше употребляют алкоголь в количествах, представляющих высокий риск для здоровья, из них 3% мужчин и 0,6% женщин в возрасте от 65 до 74 лет страдают алкогольной зависимостью (Wadd S. et al., 2011), и в последние годы наблюдается устойчивый рост потребляющих алкоголь лиц старших возрастных групп. Данные российских исследований (Мингазов А.Х., 2013; Ненастьева А.Ю., Бузик О.Ж., 2025) подтверждают статистику зарубежных коллег, указывая, что пациенты от 60 до 74 лет чаще всего обращались за специализированной наркологической помощью по поводу психических и поведенческих расстройств, связанных с приемом алкоголя, и более чем в 95% случаев у них был диагностирован синдром зависимости от алкоголя средней и конечной стадии. При этом причины, по которым люди предпенсионного и пенсионного возраста начинают злоупотреблять алкоголем, отличны от предикторов зависимого поведения у лиц более младших возрастных групп.

Заболевания, связанные с употреблением табака, остаются основной причиной преждевременной смерти среди пожилых людей, а алкоголь и лекарственные препараты, отпускаемые по рецепту, особенно опиоиды и бензодиазепины, являются веществами, часто используемыми в этой возрастной

группе и вызывающими неблагоприятные последствия (Olfson M. et al., 2015; Blanco C. et al., 2018). При этом данные проведенных ранее исследований показывают, что пенсионный возраст не играет решающей роли в качестве изолированного фактора риска, однако ускоряет становление начальной стадии зависимости (Альтшулер В.Б., 2000). При этом профилактика потребления алкоголя лицами пред- и пенсионного возраста не может рассматриваться отдельно от других факторов риска (таблица 6).

Таблица 6 - Изменения в сфере социального функционирования и в состоянии здоровья, связанные с проблемами потребления алкоголя

Эмоциональные и социальные изменения	⇒ тяжелая утрата
	⇒ потеря друзей и социального статуса
	⇒ потеря работы
	⇒ нарушения функциональных (физических) способностей
	⇒ семейный конфликт
	⇒ снижение самооценки
	⇒ уход за пожилым партнером или членом семьи
	⇒ потеря независимости
Изменения в состоянии здоровья	⇒ физические нарушения
	⇒ хроническая боль
	⇒ бессонница
	⇒ сенсорные нарушения
	⇒ ограниченная подвижность
Изменения в повседневной жизни	⇒ когнитивные нарушения
	⇒ потребность в помощи в повседневной жизни
	⇒ снижение навыков преодоления трудностей
	⇒ изменение финансового положения
	⇒ переезд в интернат

Из перечисленных в таблице 6 факторов риска злоупотребления алкоголем ряд изменений специфичны для лиц женского пола и связаны: 1) с изменением трудового статуса - выходом на пенсию и увольнением; 2) со смертью супруга (т.н. «вдовый алкоголизм»); 3) с социальной изоляцией и одиночеством; 4) с отсутствием интересов, не связанных с профессиональной и семейной жизнью; 5) со снижением физической и социальной активности (Доклад МККН, 2017). Злоупотребление алкоголем женщинами пред- и пенсионного возраста также связано с соматоневрологической отягощенностью преморбида, наличием психотравмирующих ситуаций, повлекших за собой изменение социального

статуса перед началом систематического приема алкоголя: смерть мужа или взрослого ребенка (Кравченко С.Л. и соавт., 2020). Ранжирование факторов риска показало, что ведущую роль для формирования зависимости у женщин в более раннем возрасте играют биологическая предрасположенность и психологически неблагоприятный преморбид, в то время как на становление алкоголизма в пожилом возрасте преимущественное влияние оказывают социальные изменения (Ненастьева А.Ю., Бузик О.Ж., 2025).

Перечисленные специфичные для женщин пред- и пенсионного возраста факторы риска должны являться объектом особого внимания социальных и медицинских работников, эту группу необходимо рассматривать как отдельную для селективной и индикативной профилактики (Rockett I.R. et al., 2006). Большинство врачей первичной медико-санитарной помощи не проводят регулярный скрининг пожилых людей на наличие рисков потребления ПАВ или злоупотребления лекарственными препаратами без назначения врача даже при наличии хорошо известных факторов риска, таких как симптомы тревоги или депрессии, социальная изоляция и плохое физическое здоровье (Rothrauff T.C. et al., 2011). Более того, даже при выявлении факта злоупотребления ПАВ, включая табак или алкоголь, врачи часто не обсуждают варианты лечения, поскольку они предполагают, что у пожилых людей будет низкая мотивация к изменениям.

Отдельно необходимо рассмотреть факторы риска злоупотребления ПАВ беременными женщинами и женщинами, планирующими беременность. Беременные женщины относятся к группе населения, которой употребление никотиносодержащей продукции и алкоголя категорически запрещено, что указывается в Национальных руководствах (Наркология: национальное руководство, 2024; Акушерство: национальное руководство, 2018), в научных и клинических исследованиях, а также в клинических рекомендациях (Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением ПАВ. Пагубное (с вредными последствиями) употребление: Клинические рекомендации, 2024; Нормальная беременность. Клинические рекомендации, 2023). Тем не менее, уровень распространенности курения и употребления алкоголя во время беременности в Российской Федерации остается высоким (Balachova T., et al., 2019;

Porova S., Dozet D., 2013-2023). Употребление алкоголя во время беременности варьирует от 36,5% (Porova S., 2017) до 42,0% (Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А., 2024). Одно из немногих лонгитюдных репрезентативных исследований, основанное на данных ежегодного общенационального опроса «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ» (Kozyreva P. et al., 2016), полученного на выборке 1 943 беременных женщин и 80 237 женщин репродуктивного возраста, приводит данные по следующей динамике изменений уровня потребления алкоголя в Российской Федерации: с 1994 по 2018 гг. наблюдалось достоверное снижение распространенности регулярного употребления алкоголя (хотя бы один раз за последние 30 дней) среди беременных женщин с 25,6 до 9,4%, а среди небеременных женщин репродуктивного возраста - с 57,3 до 39,0%, причем снижение употребления алкоголя в группе беременных женщин происходило быстрее (Kotelnikova Z., 2022). Параллельно возрастало количество беременных женщин, полностью отказавшихся от употребления - с 46,8 до 54,6%. Однако можно отметить и не столь обнадеживающую тенденцию: периодическое употребление алкоголя среди беременных женщин осталось на том же уровне - 35% (Kotelnikova Z., 2022).

На сегодняшний день в мире существует огромное число исследований, подтверждающих крайне неблагоприятное влияние никотина, алкоголя, наркотиков и других ПАВ на течение и исход беременности (Global Burden of Disease Study, 2012; Global status report on alcohol and health, 2018). Доказано, что употребление алкоголя во время беременности увеличивает риски ее непроизвольного прерывания, фетоплацентарной недостаточности, преждевременных родов, стремительных и быстрых родов, патологии амниотической жидкости, нарушений функционирования иммунной системы у плода (Оразмурадов А.А., Радзинский В.Е., 2007). Недавнее исследование гинекологов и репродуктологов приводит данные, что у женщин, употреблявших алкоголь в пренатальном периоде, статистически значимо чаще встречались следующие патологические состояния: анемия, врожденные пороки сердца у плода, недоношенность гестационного возраста, аномалии родовой деятельности, субинволюция матки. По результатам лабораторных исследований было установлено, что паритет родов, задержка внутриутробного развития плода,

преждевременные роды статистически значимо чаще определялись у женщин, продолжавших потребление алкоголя во время беременности (Марьянн А.Ю., и соавт., 2023). Внутриутробное воздействие алкоголя на мозг и другие органы и системы эмбриона и плода вызывает формирование физических, психических, поведенческих, интеллектуальных и других инвалидизирующих нарушений, сохраняющихся на протяжении всей жизни (Калинина А.Г. и соавт., 2012; Марьянн А.Ю., 2015; Пальчик А.Б. и соавт., 2016). Фетальный алкогольный синдром (ФАС) является вариантом замедленного роста и развития, как психического, так и физического, с дефектами черепа, лица, конечностей и сердечно-сосудистой системы, обнаруживаемый у некоторых детей, матери которых потребляли алкоголь во время беременности (ВОЗ, 1996). Согласно Международной классификации болезней 10-ого пересмотра (МКБ-10) ФАС или алкогольный синдром у плода (Q86.1) характеризуется триадой признаков: 1) внутриутробным и постнатальным отставанием в развитии с дефицитом роста и веса; 2) характерными аномалиями строения лица и черепа в виде короткой глазной щели, сглаженного губного желобка и тонкой каймы верхней губы; 3) структурными и функциональными нарушениями центральной нервной системы (МКБ-10; Федеральное руководство по детской неврологии, 2016; Ялтонская А.В., 2016; Astley S.J., 2004). Эти нарушения с большим трудом поддаются коррекции и лечению, при этом ФАС является полностью предотвратимым состоянием, снизить распространенность которого позволяют методы профилактики, направленные на отказ от употребления алкоголя женщинами до и во время беременности (Профилактика вреда, причиняемого употреблением алкоголя во время беременности. Экспресс-анализ ситуации и примеры из практики государств-членов, 2017). Причем существует определенная связь между количеством употребляемого алкоголя и тератогенными воздействиями на плод. Чем больше алкоголя употребляет беременная женщина, тем более вероятно рождение ребёнка с ФАС; если женщина умеренно употребляет алкоголь, то у ребенка могут наблюдаться менее выраженные нарушения (Бурина Е.А., Марьянн А.Ю., 2018). Одним из наиболее значимых предикторов продолжения потребления ПАВ во время беременности является злоупотребление ПАВ до ее наступления (Porova S., et al., 2021).

1.3. Клинико-динамические особенности течения наркологических заболеваний с учетом гендерных различий

К настоящему моменту опубликован ряд российских (Альтшулер В.Б. и соавт., 2016; Кравченко С.Л., 2020) и зарубежных (Brasiliano S. et al., 2021; Hughes T.L. et al., 2016; Motyka M.A. et al., 2022) исследований, направленных на изучение психопатологии, факторов риска развития и течения наркологических заболеваний, повышения эффективности лечения и реабилитации в контексте гендерных различий (Мингазов А.Х. и соавт., 2013, 2018; Hughes T.L. et al., 2016; Kougiali Z.G. et al., 2021; Brasiliano S. et al., 2021). Результаты клинических исследований указывают на ряд гендерно специфичных характеристик, связанных с клинико-динамическими особенностями течения наркологических заболеваний. Так формирование алкогольной зависимости у мужчин происходит раньше, чем у женщин. Это касается всех клинически важных временных точек: возраста начала первых проб алкоголя, возраста начала систематического злоупотребления и возраста формирования абстинентного синдрома (Агibalова Т.В. и соавт., 2022); тогда как клинически значимые симптомы зависимости формируются раньше у женщин (Рохлина М.Л., Мохначев С.О., 2001; Николишин А.Е. и соавт., 2017). Многоцентровое рандомизированное исследование, проведенное в Испании (n=1783) и посвященное определению различий в лечении наркологических и сопутствующих им психиатрических расстройств в фокусе гендерной специфики, выявило следующие особенности: у мужчин чаще, чем у женщин, были диагностированы расстройства, связанные с употреблением каннабиса, опиоидов и особенно кокаина, чаще встречались психотические расстройства; у женщин с болезнями зависимости чаще обнаруживались аффективные, тревожные расстройства, расстройства сна и пищевого поведения; а частота встречаемости расстройств личности имела сопоставимую распространенность для обоих полов. Были выявлены различия и в фармакотерапии: мужчинам чаще назначалось лечение агонистами опиоидных рецепторов, а женщинам - антагонистами, анксиолитиками и антидепрессантами (Fernández S.D. et al., 2023).

Наличие психических расстройств, включая аффективные, психотические и личностные расстройства, а также синдром гиперактивности с дефицитом внимания (СДВГ), связано с повышенным риском возникновения болезней зависимости (Volkow N.D., Blanco C., 2023). С другой стороны, наркологические заболевания также связаны с высоким риском психического расстройства. Одно из недавних зарубежных исследований, посвященных коморбидности психических и наркологических расстройств, выявило как высокую распространенность психических расстройств у пациентов, получавших специализированное стационарное лечение по поводу наркологического заболевания (71% от общего числа пациентов), так и наличие клинически значимых симптомов зависимости у пациентов с психическими расстройствами (59% от общего числа пациентов) (Fernández S.D. et al., 2023). Следует отметить, что пациенты с коморбидной патологией отличаются низкой приверженностью к терапии, криминогенностью, более высоким суицидальным риском, низким уровнем социального функционирования и высокой частотой госпитализаций в психиатрические или наркологические стационары (Полянский Д.А, Кожинова Т.А. и др., 2022).

Сочетание алкогольной зависимости и депрессии, которая является самым распространенным психическим нарушением в общей популяции и наиболее частым сопутствующим диагнозом для наркологических больных (Гофман А.Г., Понизовский П.А., 2017; Сиволап Ю.П. и соавт., 2021), обусловлено общностью патофизиологических процессов и факторов риска для обоих заболеваний, а также их взаимным двунаправленным влиянием: зависимость от алкоголя увеличивает риск депрессивных расстройств, а депрессивные расстройства, в свою очередь, увеличивают риск алкогольной зависимости (Николишин А.Е. и соавт., 2020; McNHugh R.K., Weiss R.D., 2019). Имеющиеся данные по распространенности сочетания алкогольной зависимости с депрессивными расстройствами и их связи с полом пациентов достаточно противоречивы – от 30 до 70% среди мужчин и от 60 до 70% среди женщин (Рощина О.В. и соавт., 2019). Сопоставимые исследования наркологических расстройств и аффективной патологии указывают на то, что мужчинам в большей степени свойственны сочетанные с наркологическим заболеванием органические психические и поведенческие расстройства (Azorin J-

M. et. al., 2017), при которых алкоголь зачастую используется в качестве регулятора интенсивности аффекта у пациентов с выраженным параноидным и диссоциативным радикалом личности (Мингазов А.Х. и соавт., 2018). Тогда как для женщин характерна высокая распространенность аффективных расстройств (депрессивных, тревожных и невротических) (Мингазов А.Х. и соавт., 2013; Włodarczyk E., 2018).

Важнейшим предметом изучения генетики является семейная отягощенность зависимостью от ПАВ как клиническое проявление предрасположенности к ней и уровня генетического риска их дальнейшего развития (Кибитов А.О., Анохина И.П., 2024). Имеются противоречивые данные о наследственной отягощенности лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками. Одни авторы отмечают, что у женщин с наркологическими расстройствами достоверно чаще, чем у мужчин, отмечается семейная отягощенность как со стороны отца, так и со стороны матери (Мингазов А.Х. и соавт., 2013; Кибитов А.О., 2016; Уманская П.С., Агарков А.П., 2018). Другие исследования указывают на отсутствие подобных различий как по семейной отягощенности, так и по показателям генетического риска развития наркологических расстройств (Николишин А.Е. и соавт., 2017; Кибитов А.О., 2019), подчеркивая, что генетический вклад в формировании алкогольной зависимости огромен, но не фатален. При отсутствии этапа длительного многолетнего злоупотребления алкоголем не формируется и зависимость от него (Кожина Т.А., 2018).

Предполагается, что семейная отягощенность предопределяет сниженный уровень эндогенной опиоидной системы гипоталамуса и выраженное ожидание положительного эмоционального эффекта от употребления алкоголя. У мужчин с выраженной семейной отягощенностью выявляются врожденные нарушения функции префронтальной коры и вентрального стриатума, аномально высокая активация прилежащего ядра (лат. *nucleus accumbens*) в ситуации предвкушения вознаграждения, что может быть связано с эмоционально окрашенным ожиданием эффекта от употребления ПАВ и с высоким уровнем импульсивности как значимыми нейробиологическими predispositional факторами риска развития алкогольной зависимости (Кибитов А.О., Анохина И.П., 2024).

Нарушения нейроэндокринной адаптации к стрессу и системы вознаграждения могут косвенно определять предрасположенность женщин к злоупотреблению наркотиками и к рецидивам, связанным со снижением адренокортикотропного гормона и кортизола после воздействия стресса, как пример дисрегуляции активности гипоталамо-гипофизарно-адренокортикальной системы (ГГАС), вызывающей выраженную эмоциональную реактивность при низких уровнях возбуждения (Fox H.C. et al., 2008). Однако в семьях, где один или оба родителя злоупотребляют ПАВ, значимо чаще наблюдаются дисгармоничное воспитание, нарушение внутрисемейных отношений, сопровождающиеся эмоциональным или физическим насилием и пренебрежительным отношением к потребностям ребенка, которые в дальнейшем могут приводить к аналогичным поведенческим установкам, к злоупотреблению ПАВ или выбору партнера с зависимостью от алкоголя или наркотиков. Как отмечают отдельные исследователи, девочки и девушки более подвержены воздействию указанных микросоциальных факторов риска, чем мальчики и юноши (Peltier M.R. et al., 2019).

Уже отмеченные нами различия в распространенности расстройств, связанных с употреблением ПАВ (Global status report on alcohol and health, 2018), а также основные изученные к настоящему времени закономерности развития наркологических заболеваний указывают на наличие четко выраженной гендерной специфики формирования и течения алкогольной и наркотической зависимости (Альтшулер В.Б. и соавт., 2006, 2016; Гофман А.Г., Понизовский П.А., 2017), продолжительности и устойчивости ремиссий, которые обуславливают важность разработки дифференцированных программ профилактики проблемного потребления ПАВ и формирования синдрома зависимости (Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, 2020).

Большинство исследователей склоняются к выводу, что женщины подвергаются большему риску нейробиологических, медицинских, психологических и психосоциальных последствий, приводящих к следующим клиническим проявлениям: 1) более быстрому формированию основных симптомов зависимости; 2) выраженному патологическому влечению к ПАВ, что

повышает риск рецидива; 3) более тяжелым соматическим последствиям от употребления алкоголя и наркотиков, включая осложнения беременности и родов; 4) сопутствующим психическим нарушениям, включая депрессию и ПТСР (Fonseca F. et al., 2021); 5) социальной стигматизации, дискриминации и насилию (Fernández S.D., 2023). При этом более высокая распространенность, раннее начало злоупотребления ПАВ и формирование основных симптомов зависимости характерные для мужчин в большей степени, чем для женщин, что необходимо принимать во внимание при определении фармакологических или поведенческих стратегий гендерно специфичных профилактических вмешательств для обоих полов.

1.4. Факторы становления ремиссии и рецидивирования наркологических расстройств с учетом гендерных различий

Ремиссии различной продолжительности можно наблюдать практически у каждого пациента с синдромом зависимости от ПАВ. Как правило, прекращение потребления никотина, алкоголя или наркотиков происходит под давлением семьи или иных обязательств; оказать терапевтическое воздействие могут перенесенные заболевания или резкая декомпенсация соматических состояний, острый психоз, передозировка; могут возникать и спонтанные ремиссии (Иванец В.В. и соавт., 2022).

Терапевтическая ремиссия является главной клинической характеристикой эффективности лечения наркологических расстройств и повышения качества жизни больных (Агибалова Т.В. и соавт., 2023). На продолжительность терапевтической ремиссии оказывают комплексное влияние клинико-биологические и социально-психологические факторы, причем на более ранних этапах наркологического заболевания ведущая роль принадлежит социальным и психологическим факторам при относительной значимости клинических (Брюн Е.А. и соавт. 2018). По мере прогрессирования заболевания возрастает неблагоприятное влияние клинических факторов, в числе которых наиболее важны стадии алкоголизма, темп прогрессивности алкоголизма и алкогольные изменения личности (Османов Э.М., 2019).

Обзор исследований, проведенных за последние 15 лет, позволил определить пять основных групп факторов становления и срыва ремиссии у пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ: 1) биологические (пол, возраст, генетические параметры, органические поражения головного мозга и т.д.); 2) наркологические (течение заболевания, возраст первой пробы и т.д.); 3) личностные и патопсихологические (когнитивные нарушения, коморбидные психические расстройства, психологическая травма и т.д.); 4) социальные (трудоустройство, семейная и социальная ситуация, социальная поддержка и т.д.); 5) терапевтические (длительность и методы лечения, терапевтический альянс и т.д.). Авторы обзора указывают на ограниченное количество и противоречивость исследований, посвященных изучению качества и продолжительности ремиссий у пациентов с наркологическими расстройствами в фокусе половых и гендерных различий (Агibalова Т.В. и соавт., 2023).

Отдельные зарубежные исследования указывают на отсутствие значимых различий между мужчинами и женщинами по результатам лечения (Tucker J.A. et al., 2020). Другие отмечают, что результаты терапевтических вмешательств и устойчивости ремиссии у женщин лучше всего, когда лечение предоставляется в гендерно специфичных программах (Guidelines on Drug Prevention and Treatment for Girls and Women, 2016). На сегодняшний день исследования методов лечения, адаптированных к индивидуальным потребностям женщин, ограничены, но изучение факторов, влияющих на приверженность лечению, показало важность нацеленности на тревогу и депрессию, самоэффективность воздержания, навыки совладания со стрессом, автономию и социальную поддержку (McCrady B.S. et al., 2020). Отдельные исследования свидетельствуют о том, что мужчинам в большей степени характерно безремиссионное течение заболевания (Rapsey C.M. et. al., 2019), а продолжительность ремиссий в случае их наличия короче, чем у женщин (Bravo F. et. al., 2013). Что касается гендерных особенностей, то протективным прогностическим фактором устойчивой ремиссии оказался феминный тип гендера у мужчин (53,5% случаев) и у женщин (38,7% случаев); а также андрогинный тип у мужчин (50% случаев) (Кузнецов В.Н. и соавт., 2011). Одним из устойчивых предикторов ремиссий алкогольной зависимости, а также прогноза эффективности

лечения, имеющих обратную корреляцию, является выраженность анозогнозии или отрицания больным наличия у себя наркологического расстройства (Шайдукова Л.К., Гареева Г.А., 2015).

Говоря об отдельных терапевтических вмешательствах, имеющих научно доказанную результативность в отношении устойчивости ремиссии, Кокрейновский обзор подтвердил высокую эффективность и экономическую выгоду программы «Анонимные алкоголики» и других терапевтических сообществ, использующих принципы 12-шаговой программы (12-Step Facilitation, сокр. TSF) (Kelly J.F. et al., 2020), сопоставимые с результатами традиционных методов терапии зависимости, включая когнитивно-поведенческую терапию (Volkow N.D., Blanco C., 2023). Эффект влияния на продолжительность ремиссии повышается при соблюдении последовательных этапов лечебно-реабилитационного процесса, когда после курса психо-фармакотерапии, в том числе с использованием мотивационного консультирования и когнитивно-поведенческой терапии, пациент с наркологическим расстройством активно вовлекается в терапевтическое сообщество – долгосрочную, экономически и территориально доступную программу восстановления социального функционирования и уменьшения внутренней стигматизации.

Рецидив наркологического заболевания определяется как процесс возвращения к злоупотреблению алкоголем или наркотиками после периода воздержания, к которому приводит комплексное взаимодействие стабильно действующих на пациента биологических, нейрофизиологических (Kohn M. et al., 2017), психологических (Bradshaw S.D. et al., 2017) и социальных факторов уязвимости (Stillman M.A., Sutcliff J., 2020). Результаты американского исследования с участием женщин, зависимых от кокаина и здоровых женщин из контрольной группы подтвердили гипотезу о более сильной реакции абстиненции и более выраженном влечении к возобновлению потребления ПАВ, которые обусловлены влиянием эндокринной системы. Полученные данные продемонстрировали значительно более высокие уровни кортизола и прогестерона, и более низкое соотношение между эстрадиолом и прогестероном в течение первого месяца воздержания от употребления кокаина у женщин с зависимостью

по сравнению со здоровыми женщинами из контрольной группы. Также у женщин с зависимостью от кокаина наблюдалось значительно более выраженное и стойкое негативное настроение и постоянное влечение к наркотику (Fox H.C. et al., 2008), что позволяет судить о наличии изменений гормонов стресса и половых гормонов, обуславливающих высокую реактивность и вероятность рецидива на протяжении всего 28-дневного периода, совпадающего с менструальным циклом обследованных женщин (Herbeck D. et al., 2016).

В отношении рецидива возобновления потребления алкоголя имеются иные данные. Научный обзор, посвященный изучению гендерных различий рецидивов алкогольной зависимости, указывает на сопоставимую частоту возобновления употребления алкоголя для обоих полов и на сходные факторы уязвимости: негативное психоэмоциональное состояние, сниженное настроение, сексуальное насилие в детстве, низкую самооценку и неэффективные стратегии преодоления трудностей (Walitzer K.S., Dearing R.L., 2006). Коморбидные психические нарушения, из которых самый весомый вклад вносит депрессия, негативно воздействуют на клинические проявления зависимости, отрицательно коррелируют с устойчивостью ремиссии и оказывают влияние на рецидив употребления алкоголя (Durazzo T.C., Meyerhoff D.J., 2016). Имеются подтвержденные клиническими исследованиями данные, что чем тяжелее депрессивный эпизод, тем ниже приверженность лечению (Zilberman M.L. et al., 2007; Gjestad R. et al., 2011).

Помимо перечисленных факторов риска и коморбидности с психическими расстройствами значительное влияние на рецидив алкогольной зависимости оказывает наличие сопутствующих наркологических расстройств, в частности табачной зависимости. Данные, полученные в ходе Всемирного исследования психического здоровья ВОЗ в 25 странах на выборке более 90 тыс. человек свидетельствуют, что лица, употреблявшие два или более ПАВ, имели более высокий риск как злоупотребления и зависимости, так и меньшую вероятность ремиссии (Degenhardt L. et al., 2019). Частота рецидивов различается в зависимости от вещества. Проспективное исследование, проведенное в Швейцарии (n=3999; 50,8% мужчин, 49,2% женщин), показало, что за период наблюдения (первый срок

наблюдения $m=5,6$ года, второй $m=10,9$ года) более 90% людей, которые никогда не курили, и бывших курильщиков, а также 60% нынешних курильщиков сохранили свой курительный статус. Среди актуальных курильщиков 22,2% бросили курить в течение первого срока наблюдения. Многофакторный анализ показал, что с возрастом все больше курильщиков отказываются от курения ($p<0,001$). У 10,9% бывших курильщиков случился рецидив: с возрастом они возобновили курение ($p<0,001$), а мужской пол, проживание в семейных отношениях и наличие в семейном анамнезе заболеваний легких были причиной рецидивов (Samim D. et al., 2018). Лонгитюдное исследование, посвященное изучению стабильности ремиссии среди лиц с алкогольной зависимостью ($n=1209$ человек, которые полностью соответствовали критериям ремиссии алкогольной зависимости по DSM-IV), показало, что через 5 лет у 51% наблюдался рецидив заболевания, и самый высокий уровень рецидива наблюдался у мужчин молодого возраста (Dawson D.A. et al., 2007).

Частота рецидивов подчиняется законам гиперболической функции - риск возобновления потребления ПАВ снижается тем больше, чем дольше человек остается в ремиссии, хотя опасность рецидива никогда не исчезает полностью (Volkow N.D., Blanco C., 2023). При этом формирование ремиссии происходит поэтапно – первые шесть-десять месяцев на фоне воздержания больные испытывают дискомфорт, сохраняется высокий риск рецидива, но впоследствии преимущества трезвого образа жизни укрепляют решимость придерживаться трезвости (Иванец В.В. и соавт., 2022). Эти выводы согласуются с клиническим опытом, согласно которому более интенсивные вмешательства необходимы на ранних, а не на поздних этапах лечения. Аналогичный вывод был получен по результатам систематического обзора и мета-анализа, посвященного оценке влияния различных проявлений патологического влечения к наркотику (физиологического, идеаторного и ситуационно обусловленного) на основе 237 исследований и выборке в 18 205 человек. Была доказана значительная проспективная связь для всех видов влечения с последующим употреблением, а увеличение количества факторов риска на один было связано с двухкратным

увеличением шансов употребления наркотика в будущем (Vafaie N., Kober H., 2022).

Терапевтические группы «Анонимные алкоголики», организованные в конце 30-х годов XX века как сообщества людей с алкогольной зависимостью, поставивших перед собой цель прекратить потребление ПАВ, оставаться трезвыми и помочь другим зависимым обрести здоровый образ жизни, первое время были ориентированы только мужчин. Однако с годами группы постепенно пополнялись женщинами, и уже к 1951 г. 15% членов сообщества составляли женщины, к 1961 г. – 22%. В настоящее время на женщин приходится около одной трети всех участников терапевтического сообщества «Анонимные алкоголики» (Адамова Т.В., Клименко Т.В., 2019). Однако развивающиеся внутри групп «Анонимных алкоголиков» романтические отношения между мужчинами и женщинами имеют выраженное негативное влияние на высокую вероятность развития рецидивов болезни для обоих полов, в большей степени характерную для женщин (в 42,1% случаев для изученной выборки), чем для мужчин (в 34,9% случаев для изученной выборки) (Адамова Т.В., Клименко Т.В., 2019). Однако частота рецидивов свидетельствует не о низкой эффективности терапевтических сообществ, а о хроническом течении наркологического заболевания (Кибитов А.О., 2020).

Гендерные различия заметно влияли на взаимосвязь между супружескими отношениями и рецидивом алкогольной зависимости вне терапевтических сообществ. Если для мужчин наличие супружеских отношений снижало риск рецидива, то для женщин брак и проблемы в семье были факторами риска рецидива употребления алкоголя в будущем. Подобная взаимосвязь между супружескими (или партнерскими) отношениями и рецидивом может быть результатом гендерных различий в поведенческих паттернах употреблением алкоголя. Так, женщины, злоупотребляющие алкоголем, часто выбирают в партнеры мужчин, испытывающих схожие проблемы, в отличие от мужчин, которые злоупотребляют алкоголем, находясь в браке с непьющими или умеренно употребляющими алкоголь женщинами. Данный социальный феномен приводит к более низкому риску рецидива в браке для мужчин, чем для женщин, поскольку партнер,

воздерживающийся от употребления алкоголя, способствует ремиссии, и для мужчин брак является защитным фактором.

У большинства лиц с наркологическими расстройствами периоды ремиссий чередуются с периодами рецидивов. Персонализированное выявление факторов риска и понимание их сложного взаимодействия имеет решающее значение для повышения эффективности терапевтических и профилактических программ. Тем не менее терапия и реабилитация пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными потреблением алкоголя и наркотиков, является длительным, многоэтапным и комплексным процессом, обусловленным тем, что наркологическая патология в соответствии с современными представлениями определяется как хроническое, рецидивирующее и мультифакториальное заболевание головного мозга с существенной генетической компонентой полигенной природы (Кибитов А.О., 2020), в связи с чем экономически выгоднее наркологическое расстройство предупредить, чем лечить.

1.5. Стигматизация наркологических больных с учетом гендерных различий

Специалисты в области психического здоровья указывают на необходимость разработки гендерно специфичных программ с целью повышения качества медицинской помощи и психологической поддержки именно представителям женской части населения (Guidelines on Drug Prevention and Treatment for Girls and Women, 2016) из-за более выраженной социальной стигматизации, ограничивающей обращение за наркологической помощью. Американские национальные исследования уделяют большое внимание стигме как широко распространенному и стойко негативному отношению общества к людям с психическими и наркологическими заболеваниями (Greiner M.G., Dixon L.B., 2021). Сравнение данных за 1999 и 2006 гг. продемонстрировало крайне высокий уровень стигмы, дискриминации и социального дистанцирования, а также незначительные изменения по увеличению толерантности в отношении лиц с серьезными психическими заболеваниями, происходившие в течение наблюдаемого периода (Barry C.L. et al, 2016). Изучение стигматизации наркологических больных, проведенное американскими исследователями с привлечением к участию в фокус-

группах различных по возрасту, полу, национальности и расе групп населения, в том числе потребителей наркотиков, лиц, находящихся в ремиссии, и членов их семей, а также специалистов, работающих с проблемами аддиктивного поведения, позволило выделить три группы признаков негативного отношения общества к потребителям наркотиков: стереотипы, предубеждения и дискриминация. Стереотипы, на которые указывали участники исследования, содержали уверенность в том, что потребители наркотиков представляют опасность для общества, не имеют моральных ограничений и принципов, склонны к криминальному поведению. Среди предубеждений указывались как негативные эмоции, которые участники исследования ассоциировали с потребителями наркотиков – страх, гнев, ненависть, отвращение, так и более гуманные чувства: жалость, грусть, смущение, неуверенность и любопытство. Среди ситуаций, которые могут быть расценены как дискриминация, указывались препятствия к трудоустройству, отказ в медицинских и социальных услугах и избегание общения с потребителями наркотиков (Nieweglowski K. et al., 2017).

Российские исследователи стигматизации в большинстве случаев разделяют стигму на внешнюю и внутреннюю, указывая на тесную связь этих явлений (Лутова Н.Б. и соавт., 2019). Под внешней стигмой подразумевается несправедливое отношение социума к индивиду, которое влечет негативные последствия в виде его изоляции и дискриминации (Гурин И.В., Захарова Н.М., 2017). Данный феномен достаточно хорошо изучен в психиатрической клинике, однако при широкой распространенности и разнообразии последствий социальной стигмы для пациентов и членов их семей одним из наиболее негативных последствий становится формирование у них внутренней стигмы или самостигматизация, которая представляет собой последовательный процесс, когда при установлении диагноза психического расстройства общественные стереотипы и предрассудки становятся для индивида особенно релевантны и заметны, воспринимаясь как собственная личностная характеристика (Лутова Н.Б. и соавт., 2019). Зачастую, испытывая чувство стыда и ожидая осуждения со стороны окружающего большинства, стигматизированный человек добровольно ограничивает свои

социальные контакты, в частности, отказывается от получения специализированной медицинской помощи (Лутова Н.Б. и соавт., 2017).

В Российской Федерации Приказом Минздрава России от 28 января 2021 г. №29 «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников...»⁵, постановлениями Правительства РФ от 18 мая 2011 г. №394 «Об утверждении перечня отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, на занятие которыми устанавливаются ограничения для больных наркоманией»⁶, от 19 февраля 2015 г. №143 «Об утверждении перечня заболеваний, при наличии которых противопоказано владение оружием»⁷ и от 29 декабря 2014 г. №1604 «О перечнях медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным средством»⁸ определены медицинские противопоказания для занятия многими профессиями и видами деятельности для лиц с наркологическими расстройствами, что существенно ограничивает их в социально-трудовой активности и стигматизирует в общественной жизни (Шпорт С.В., Клименко Т.В., 2023).

Стигматизация как негативное эмоциональное отношение к отдельному человеку или группе людей проявляется в неприятии и отторжении социумом людей с зависимостью от наркотиков, чем с зависимостью от алкоголя (Atlam D.H., Coskunol H., 2022; Macaulay F., 2020), и в большей степени затрагивает женщин (Шайдукова Л.К., Гареева Г.А., 2015), чем мужчин. Алкогольное опьянение в отдельных культурах ассоциируется с брутальностью и мужественностью, являясь неким актом инициации в мужском сообществе, тогда как женское опьянение в

⁵Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 января 2021 г. №29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры»

⁶ Постановление Правительства РФ от 18 мая 2011 г. №394 «Об утверждении перечня отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, на занятие которыми устанавливаются ограничения для больных наркоманией»

⁷ Постановление Правительства РФ от 19 февраля 2015 г. №143 «Об утверждении перечня заболеваний, при наличии которых противопоказано владение оружием, и о внесении изменения в Правила оборота гражданского и служебного оружия и патронов к нему на территории Российской Федерации»

⁸ Постановление Правительства РФ от 29 декабря 2014 г. №1604 «О перечнях медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным средством»

большинстве сообществ вызывает осуждение, обуславливает общественное предубеждение к женщинам, употребляющим ПАВ (Macaulay F., 2020).

Систематический обзор также представляет данные о том, что более половины исследований указывают на наличие определенных социальных ожиданий от женщины к ее гендерной роли жены и матери. В случае несоответствия социальным ожиданиям употребляющие ПАВ женщины сталкиваются с выраженным социальным давлением, что приводит к сокрытию проблем потребления на ранних стадиях наркологического расстройства и к обращению за помощью уже на развернутой клинической стадии заболевания. При этом только в 2,7% исследований, включенных в систематический обзор, приводятся данные о том, что большему социальному давлению или внешней стигматизации подвергаются мужчины, употребляющие наркотики (Meyers S.A. et al., 2021).

Результаты последних исследований, посвященных изучению внутренней стигматизации (самостигматизации), указывают на наличие препятствий в области доступности специализированной наркологической помощи для женщин с алкогольной зависимостью, обусловленных недостаточным осознанием необходимости лечения; виной и стыдом; сопутствующими психическими расстройствами, включая депрессию; обязанностями по уходу за детьми (McCrady B.S. et al., 2020); и страхом перед социальными службами, которые могут ограничить их в родительских правах (Macaulay F., 2020; Atlam D.H., Coskunol H., 2022). В связи с более поздним обращением за медицинской помощью, а также с высоким темпом прогрессивности наркологических расстройств у женщин требуется разработка программ, направленных на преодоление внешней и внутренней стигматизации (Шайдукова Л.К., Гареева Г.А., 2015), которые позволят женщинам обращаться за психологической, психотерапевтической и наркологической помощью на донозологической или ранней клинической стадиях заболевания.

1.6. Резюме по главе 1

В главе осуществлен теоретический обзор и подробно изучены эмпирические предпосылки гендерно специфичных подходов к профилактике, лечению и реабилитации женщин репродуктивного возраста, разработка и реализация которых позволят оказать влияние на сокращение заболеваемости и смертности от причин, связанных с потреблением ПАВ, увеличение продолжительности жизни и улучшение ее качества, а также повысят доступность специализированной психологической и наркологической помощи представителям данной уязвимой группы населения.

В первом параграфе представлены данные по распространенности потребления табака, алкоголя и других ПАВ с подробным анализом гендерной специфики их потребления и наркологических расстройств в контексте общемировых тенденций и в Российской Федерации, основанные на результатах глобальных эпидемиологических исследований - Глобальном опросе взрослого населения о потреблении табака (Global Adult Tobacco Survey), Глобальном докладе о положении в области алкоголя и здоровья (Global Status Report on Alcohol and Health) и Всемирном докладе о наркотиках (World Drug Report). Несмотря на отмечаемые положительные общемировые и российские тенденции в области отказа от курения и сокращения употребления алкоголя среди широких групп населения, в основном обусловленные вводимыми нормативно-правовыми ограничениями их доступности, среди отдельных категорий населения, например, среди беременных женщин, отмечается рост потребления отдельных видов ПАВ. Подобные разнонаправленные тенденции определяют необходимость внедрения действенных и научно обоснованных мер профилактики для закрепления достигнутых успехов и дальнейшего снижения спроса на табак, алкоголь и наркотики среди широких групп населения, а также требуют усиления таргетированных превентивных вмешательств для отдельных уязвимых половозрастных групп.

Во втором параграфе представлены основные клинические, биологические, генетические и возрастные факторы риска первых проб и злоупотребления ПАВ в отдельных группах населения, включая женщин репродуктивного возраста. Помимо факторов риска, ассоциированных с социальными и психологическими предикторами формирования зависимого поведения, представлена концепция каскадов развития - интернальных (внутренних), экстернальных (внешних) и социальных характеристик личности и поведения, которые взаимодействуя друг с другом формируют развитие человека на протяжении всей жизни. Представлен контекстуальный анализ основных закономерностей, неблагоприятно влияющих на психическое и физическое здоровье лиц трудоспособного возраста, включая рискованное, опасное и вредное употребление ПАВ. Среди причин злоупотребления ПАВ представителями взрослого трудоспособного населения определен ряд психосоциальных рисков, связанных с условиями организации труда, характером трудовых функций и отношениями в рабочем коллективе, которые могут являться источниками хронического стресса на рабочих местах. Анализируются факторы и причины, по которым люди пред- и пенсионного возраста начинают злоупотреблять алкоголем, включая стрессоры, отличные от предикторов зависимого поведения у лиц более младших возрастных групп. Среди социально-психологических и социально-демографических причин злоупотребления ПАВ в пожилом возрасте указываются изменения трудового статуса, снижение физической и социальной активности, смерть супруга, социальная изоляция и одиночество, отсутствие интересов, не связанных с профессиональной и семейной жизнью, что обуславливает необходимость реализации превентивных вмешательств в отношении женщин пред- и пенсионного возраста как отдельной группы профилактики. Представлены данные по факторам риска, действующим на отдельную группу лиц трудоспособного возраста – беременных женщин и женщин, планирующих беременность. Выделение данной категории профилактических вмешательств объясняется вредными последствиями потребления ПАВ для самой женщины, а также на течение и исход беременности. В ряде случаев тератогенное влияние никотина,

этанол и метаболитов наркотических средств оказывает негативное воздействие на психическое и физическое здоровье ребенка не только в течение пренатального периода, но и формирует предрасположенность для злоупотребления ПАВ в будущем. Проведенный анализ общих и ассоциированных с полом причинно-следственных связей и их предполагаемой роли в отношении факторов риска возникновения и течения наркологических заболеваний определил следующее направление теоретико-методологической части исследования – изучение клинικο-динамических аспектов наркологических расстройств с учетом гендерных различий.

В третьем и четвертом параграфах рассматриваются вопросы гендерных аспектов распространенности и клинических проявлений наркологических расстройств, включая характерные отличия в формировании и течении алкогольной и наркотической зависимости, продолжительности и устойчивости ремиссий у мужчин и женщин. Обобщая данные изученной литературы, можно отметить, что несмотря на то, что основную долю пациентов с зависимостью от алкоголя и других ПАВ составляют мужчины, женщины подвергаются большему риску нейробиологических, медицинских, психологических и психосоциальных последствий, приводящих к: 1) более быстрому формированию основных симптомов зависимости; 2) выраженному патологическому влечению к ПАВ, что повышает риск рецидива; 3) более тяжелым соматическим последствиям от употребления алкоголя и наркотиков, включая осложнения беременности и родов; 4) сопутствующим психическим нарушениям, включая депрессию, посттравматическое стрессовое расстройство; 5) социальной стигматизации, дискриминации и насилию.

В пятом параграфе представлены данные по стигматизации лиц с психическими и наркологическими заболеваниями как широко распространенному и стойко негативному отношению общества, которое в большей степени проявляется в отношении женщин, препятствуя их обращению за специализированной психологической и наркологической помощью.

Проведенный анализ указывает на необходимость концептуального обобщения проблемы зависимого поведения с учетом гендерного анализа, включая определение обуславливающих социально-демографических, социально-психологических и клинико-психологических детерминант. Подобный концептуальный анализ не только теоретико-методологических, но и эмпирических подходов к обоснованию принципов построения системной модели профилактики включает подбор и апробацию методов и методик для раннего выявления проблемного употребления ПАВ, оптимальных психодиагностических средств (методик, опросников, шкал) для выявления основных психологических и личностных детерминант формирования аддиктивной патологии личности и поведения. Теоретико-методологический анализ российских и зарубежных литературных источников обосновывает актуальность и практическую необходимость разработки системной модели психологической профилактики потребления ПАВ среди женщин репродуктивного возраста как отдельной уязвимой группы населения, характеризующейся наличием гендерно специфичных факторов клинико-психологической, социально-психологической и социально-демографической уязвимости, а также клинико-динамическими особенностями формирования наркологических расстройств.

ГЛАВА 2. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОСНОВАНИЕ И ЭМПИРИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗРАБОТКИ СИСТЕМНОЙ МОДЕЛИ ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ЖЕНЩИНАМИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Проведенные в последние 30 лет клинические и научные исследования в области системного изучения этиологии и патогенеза наркологических расстройств позволили сформировать концепции и практические подходы, ставшие основой профилактики как направления медицины, позволяющего дифференцированно воздействовать на факторы риска и причины заболеваний (Драпкина О.М. и соавт., 2022). К настоящему моменту методологические принципы профилактики базируются на понимании этиологии поведения, связанного с риском для здоровья, включая употребление ПАВ, и алгоритмы реализации научно обоснованных программ, вмешательств и стратегий, основанных на принципах доказательности их положительного воздействия на снижение влияния аддиктогенных факторов (Корчагина Г.А., Гречаная Т.Б., 2021).

Под профилактикой потребления ПАВ понимают широкий комплекс межведомственных и междисциплинарных мероприятий, включающих: а) сохранение и укрепление здоровья населения, отдельных его групп или представителей; б) формирование здорового образа жизни и просоциального поведения; в) предупреждение возникновения и (или) развития психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением табака, алкоголя и наркотиков; г) выявление причин и условий возникновения наркологических расстройств; д) устранение вредного воздействия на здоровье человека факторов среды его обитания и др. В современном фокусе научных знаний профилактика – это система деятельностных отношений субъекта и объекта превентивных вмешательств, включающая пространство их взаимовлияния и взаимопроникновения в контексте многомерных и динамично развивающихся психических явлений, определяющих поведение индивида.

2.1. Уровневый подход к классификации видов профилактических вмешательств

Ранее ВОЗ выделяла три уровня профилактики – первичный, вторичный и третичный. Целью **первичной профилактики** является предупреждение распространения потребления табака, алкоголя, наркотиков и других ПАВ. **Вторичная профилактика** направлена на то, чтобы уменьшить вред, наносимый их потреблением. Она касается лиц, уже столкнувшихся с этой проблемой, и заключается в их лечении и реабилитации. На **третичном** уровне целью профилактики является достижение и сохранение достаточного уровня индивидуального функционирования, реабилитации и ресоциализации пациентов с наркологическими расстройствами (Профилактика злоупотребления ПАВ и борьба с ними, 1993). Аналогичная классификация дается в Национальном руководстве по профилактике наркологических расстройств (Профилактика наркологических расстройств: Национальное руководство, 2018). Однако в последних тематических руководствах, например, в Европейских стандартах по профилактике (European Prevention Curriculum, 2019), область превентивных вмешательств стала ограничиваться мероприятиями **универсальной, селективной и индикативной профилактики**, а также краткими вмешательствами, направленными на предотвращение потребления наркотиков и иных ПАВ (рис. 2).



Рисунок 2 - Виды профилактических вмешательств

Дальнейшие мероприятия в отношении лиц, употребляющих ПАВ с вредными последствиями или с зависимостью от них, проводятся в континууме

лечения и реабилитации. Этап лечения включает раннее и стандартное лечение, а этап реабилитации - долгосрочное наблюдение и долгосрочную помощь (Рисунок 2) (Фадеева Е.В., 2026; European Prevention Curriculum, 2019). Объединение классификаций в контексте привычных в Российской Федерации терминологических понятий в условиях перехода к современным концептуальным общемировым определениям представлено в таблице 7 (Фадеева Е.В., 2026).

Таблица 7 - Виды профилактики. Объединенная классификация

Профилактика (ранее - «Первичная профилактика»)			Лечение (ранее - «Вторичная профилактика»)	Реабилитация и ресоциализация (ранее - «Третичная профилактика»)
Цель - междисциплинарная работа медицинских, образовательных, правоохранительных и иных организаций с широкими группами населения, в группе или индивидуально по формированию навыков здорового образа жизни и устойчивости к факторам риска, способствующим началу потребления табака, алкоголя, наркотиков и других ПАВ, включая мероприятия по снижению спроса и предложения на них			Цель – уменьшение вреда, наносимого потреблением ПАВ, у лиц с наркологическими расстройствами (F10.x-F19.x)	Цель - снижение вреда от последствий приема ПАВ у лиц с наркологическими расстройствами (F10.x-F19.x), находящихся в стойкой ремиссии (от 1 года)
Универсальная профилактика	Селективная профилактика	Индикативная профилактика	Заключается в лечении, достижении стойкой ремиссии и в профилактике рецидива у лиц с наркологическими расстройствами	Заключается в поддержании стойкой ремиссии, восстановлении максимально возможного уровня социального функционирования, улучшении качества и продолжительности жизни
Заключается в реализации профилактических вмешательств в больших недифференцированных группах населения или обществе в целом, направленных на снижение влияния факторов риска распространения болезней зависимости и усиление влияния здоровьесберегающих факторов	Заключается в реализации групповых профилактических вмешательств, направленных на снижение влияния факторов риска у лиц, подверженных особому риску развития болезней зависимости, усиление влияния здоровьесберегающих факторов	Заключается в реализации индивидуальных профилактических вмешательств, направленных на предупреждение наркологически х расстройств у лиц, подверженных особому риску развития болезней зависимости		

Следует отметить, что в большинстве случаев все причисленные этапы

взаимосвязаны: профилактические мероприятия, комплексно реализуемые на нескольких уровнях от универсального (популяционного) до индикативного (индивидуального), наиболее полно воздействуют на снижение влияния факторов риска и на укрепление факторов защиты; а психо-фармакотерапия и социально-психологические мероприятия, последовательно осуществляемые на этапах лечения и реабилитации, позволяют стабилизировать психофизическое состояние пациента и восстановить его социальное функционирование для достижения и поддержания ремиссии (Агибалова Т.В. и соавт., 2023). Поскольку одной из задач диссертационного исследования является выделение мишеней универсальной, селективной и индикативной первичной профилактики зависимого поведения, отражающих их иерархические уровни и закономерности, подробнее остановимся именно на этих определениях видов превентивных вмешательств.

2.1.1. Программы универсальной профилактики

Как уже кратко упоминалось в предыдущем разделе, профилактические подходы и методы, направленные на население в целом, обозначаются термином «универсальная профилактика». В ряде случаев используется синонимичный термин – «популяционная профилактика», определяемая как «..комплекс межсекторальных мер, превентивных вмешательств, массовых кампаний, направленных на создание условий для укрепления общественного здоровья.., прямо или косвенно влияющих и обеспечивающих сохранение и поддержание здоровья населения, трудовых коллективов и каждого отдельного члена общества..» (Драпкина О.М. и соавт., 2022).

Методы универсальной профилактики, несмотря на то что они ориентированы на общее население при минимальной дифференциации на половозрастные группы, также имеют прямую и косвенную таргетированную специализацию. Например, меры государственной политики по ограничению доступности никотинсодержащей продукции и алкогольных напитков имеют четкие запреты по возрасту и месту продажи данных видов ПАВ, а скрининг-тест, рекомендуемый ВОЗ в качестве метода выявления расстройств, обусловленных

употреблением алкоголя с доказанной эффективностью, имеет различия в интерпретации полученных баллов и определения уровня риска для мужчин и женщин (Протокол исследования по валидации теста RUS-AUDIT, 2021; Rehm J. et al. 2020; Bunova A., et al., 2021; Neufeld M. et al., 2021; Neufeld M. et al., 2022; Neufeld M. et al., 2023) (Приложения 2, 3).

На универсальном уровне профилактики программы по укреплению здоровья в школьном возрасте включают обучение основным правилам поддержания психического и физического благополучия: здоровое питание, сон, физическая активность, досуг во внеучебное время, тренировка коммуникативных навыков и навыков стрессоустойчивости (Global Accelerated Action for the Health of Adolescents, 2017). Данные мероприятия реализуются как в порядке информирования родителей или официальных опекунов при посещении медицинских организаций, так и на тематических уроках в начальной и средней школе в формате тематических общешкольных или классных мероприятий. Говоря о гендерной специфике программ универсальной профилактики в школьном возрасте, можно отметить, что они включают разделы по сексуальному образованию, проводимые отдельно для юношей и девушек, реализацию таргетированных программ по предотвращению возможного агрессивного поведения юношей, включая вербальную и невербальную агрессию, цифровой буллинг (травлю с использованием цифровых устройств, имеющих доступ в Интернет), и программ профилактики виктимного поведения среди девушек (Inchley J. et al., 2020).

В качестве примера универсальной профилактики для представителей пред- и пенсионного возраста можно привести профильные рекомендации ВОЗ (Rudnicka E. et al., 2020) и программу «Здоровое долголетие» (Healthy ageing), разработанную Международной федерацией Красного Креста и сообществ Красного Полумесяца (Healthy ageing toolkit for facilitators, volunteers and community, 2016), а также российские национальные и тематические проекты «Демография», «Московское долголетие», которые предлагают как общие для обоих полов, так и гендерно специфичные программы по укреплению здоровья, профилактике широкого спектра неинфекционных заболеваний, коморбидных с наркологической

патологией, включают рекомендации по трудоустройству, занятости после выхода на пенсию. Среди рекомендаций по сохранению психического и физического здоровья, а также профессиональных компетенций указываются следующие основные направления профилактической работы: создание комфортного рабочего места, адаптированного к физиологическим и психологическим потребностям лиц пред- и пенсионного возраста, а также использование опыта пожилых работников для передачи его молодым сотрудникам (Гантман А.А., и соавт., 2022).

2.1.2. Программы селективной профилактики

Профилактические подходы и методы, направленные на снижение факторов риска формирования зависимого поведения и укрепление факторов защиты среди отдельных уязвимых групп населения, обозначаются термином «селективная профилактика». В отличие от универсальной, селективная профилактика зависимого поведения в качестве объекта превентивных вмешательств выделяет для работы группы населения, отдельные представители которых имеют общие факторы риска. Например, если для юношей школьного возраста определен гендерно специфичный фактор риска употребления ПАВ в будущем – устойчивое агрессивное поведение и систематические прогулы школы, это может стать отдельным направлением селективной профилактики для данной половозрастной группы. Для девушек специфичным фактором уязвимости может быть социальная конформность с подверженностью влиянию лиц противоположного пола, имеющих опыт употребления ПАВ. В этом случае адекватной программой гендерно специфичной профилактики будут тренинги личностной компетенции, сопротивления давлению группы или лидеру группы с акцентом на проблемы, актуальные для девушек. В качестве примера подобной гендерно-специфичной программы для девушек можно привести шведскую программу «Булыжники и розы» (Булыжники и Розы: практическое пособие по работе с группами девушек, 2019). Российский и международный опыт реализации гендерно специфичных программ селективной профилактики, имеющих научно доказанную эффективность в отношении превенции зависимого поведения в дифференцированных возрастных группах, был обобщен в разработанном

российскими исследователями руководстве. Руководство акцентирует внимание на ключевых направлениях профилактической работы с учетом факторов риска, значимых для женщин в конкретный возрастной период (Фадеева Е.В. и соавт., 2019).

2.1.3. Программы индикативной профилактики

Профилактические подходы и методы, направленные на лиц, подверженных особому риску развития психических и поведенческих расстройств, связанных с химическими и нехимическими видами зависимого поведения, обозначаются термином «индикативная профилактика». В отличие от программ селективной профилактики программы индикативной профилактики предполагают индивидуальную работу с представителями целевой группы с учетом имеющихся у данных индивидуумов биологических, генетических, психологических и социальных факторов риска. Глобальные тенденции увеличения употребления алкоголя среди женщин детородного возраста в связи с экономическим развитием, изменением гендерных ролей, увеличением доступности алкоголя, давлением со стороны сверстников и социальной приемлемостью употребления алкоголя женщинами могут подвергать все большее число беременных женщин риску пренатального воздействия алкоголя (Popova S. et al., 2017).

Значительные усилия по успешному внедрению гендерно специфичных программ профилактики предпринимаются в первичной медико-санитарной службе. Например, проводятся занятия по программам профилактики, направленным на предупреждение потребления алкоголя до зачатия и во время беременности, что позволяет не только снизить вредное влияние алкоголя на здоровье женщины, течение и исход беременности, но и предупреждает формирование ФАС у детей, подвергшихся пренатальному воздействию этанола. В основном данные программы являются руководствами, подготовленными ВОЗ или изданными при финансировании Европейского союза (Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy, 2014). Руководство «Предупреждение вреда, причиняемого

подверженностью воздействию алкоголя в период беременности» представляет собой экспресс-обзор публикаций и примеры из практик 29 стран членов ВОЗ, которые свидетельствуют о необходимости изменения поведения, связанного с употреблением алкоголя, у женщин репродуктивного возраста, а также использования контрацепции для предупреждения незапланированного зачатия и потенциально негативного воздействия этанола на эмбрион в первые недели эмбриогенеза (Профилактика вреда, причиняемого употреблением алкоголя во время беременности, 2017). Международный опыт демонстрирует эффективность применения метода скрининга и мотивационного консультирования в отношении всех беременных женщин, а также их партнеров, которые могут влиять на отказ от употребления алкоголя. В Российской Федерации данный метод профилактики нашел отражение в Приказе Минздрава России №1130н⁹, а профильные клинические рекомендации регламентируют сбор анамнеза о наличии вредных привычек (курение, употребление алкоголя и наркотиков) (Нормальная беременность. Клинические рекомендации, 2023). Также рекомендации обращают внимание на необходимость своевременно проходить плановое обследование, информировать беременных пациенток об отказе от употребления алкоголя во время беременности, особенно в 1-м триместре. Несмотря на отсутствие доказательств негативного влияния малых доз алкоголя на акушерские и перинатальные осложнения, накоплено достаточное количество наблюдений о негативном влиянии алкоголя на течение беременности вне зависимости от принимаемой дозы (Seleverstov O. et al., 2017; Tobiasz A.M. et al., 2018).

Метод скрининга и мотивационного консультирования в отношении снижения потребления никотинсодержащей продукции и алкоголя является технологией, обладающей высокой профилактической результативностью в краткосрочной и среднесрочной перспективе с доказанной научной эффективностью для следующих целевых групп: беременные женщины и женщины, планирующие беременность (Профилактика вреда, причиняемого

⁹ Приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 года №1130н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»

употреблением алкоголя во время беременности, 2017; Сахарова Г.М. и соавт., 2021; Balachova T. et. al., 2013, 2014), взрослое трудоспособное население (Борьба с НИЗ, 2017; Международные стандарты профилактики употребления наркотиков. UNODC, 2013), лица пожилого возраста (Драпкина О.М. и соавт., 2022).

Организованный в первичном звене здравоохранения скрининг и профилактическое консультирование, ориентирующее указанные целевые группы населения на полный отказ, сокращение употребления никотинсодержащей продукции и алкоголя или на обращение за специализированной наркологической помощью, могут рассматриваться как эффективный механизм снижения заболеваемости, преодоления латентности наркологической патологии и расширения доступности специализированной наркологической помощи (Клименко Т.В. и соавт., 2022). Эффективность данного подхода была подтверждена данными ряда российских и международных исследований и обзоров (Бойцов С.А. и соавт., 2017; Дроздова Л.Ю. и соавт., 2019; Мырзаматова А.О. и соавт., 2020). Использование скрининга и профилактического консультирования в отношении лиц с рискованным употреблением алкоголя и других ПАВ неоднократно рекомендовалось ВОЗ к применению в первичном звене здравоохранения (Краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя: учебное пособие ВОЗ для первичного звена медико-санитарной помощи, 2017; Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств: пересмотренное издание с учетом полевых испытаний, 2019; Alcohol policy impact case study, 2019). Применение теста Фагерстрема рекомендовано Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) «Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых» в качестве обязательной диагностической процедуры при оказании медицинской помощи. При этом проведение скрининга и мотивационных бесед по отказу от употребления никотинсодержащей продукции для отдельных категорий населения, в частности среди беременных женщин, обладает наиболее высоким уровнем убедительности рекомендаций «А» (уровень достоверности доказательств – 1a) (Сахарова Г.М. и соавт., 2021a; 2021b).

Использование методов скрининга и профилактического консультирования при работе с лицами с рискованным употреблением табака (МКБ-10, Z72.0), алкоголя (МКБ-10, Z72.1) или наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (МКБ-10, Z72.2) требует выполнения последовательных и взаимодополняющих медицинских вмешательств, совокупность которых определяется уровнем риска возникновения негативных медицинских и социальных последствий от употребления ПАВ. Уровень риска зависит от вида, потребляемого ПАВ, частотно-количественных особенностей потребления, а также от уже имеющейся соматической, психической и социальной отягощенности. В настоящее время скрининг и профилактическое консультирование активно осуществляются в рамках диспансеризации взрослого населения¹⁰ с целью предотвращения и раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, факторов риска их развития, включающих курение табака, риск пагубного потребления алкоголя, а также риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

2.2. Принципы построения системной модели психологической профилактики

Понятие системы в настоящее время не ограничивается теоретической сферой, а становится центральным в отдельных областях прикладной науки, включая медицинскую психологию (Ломов Б.Ф., 2006; Асмолов А.Г., 2023). Тенденция исследовать системы как нечто целое, а не как конгломерат частей, соответствует тенденции современной науки не изолировать исследуемые явления в узко ограниченном контексте, а изучать, прежде всего, их взаимодействие. Отличительная черта системного подхода в отечественной науке состоит в том, что объектом системного анализа прежде всего являются развивающиеся системы. Отсюда на первый план выходят вопросы об основаниях и детерминантах развития

¹⁰ Приказ Минздрава России от 13 марта 2019 года №124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»

систем, их самоорганизации, о необходимости образования систем в процессе развития человека и общества.

Представить системную модель психологической профилактики потребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста можно через призму основных характеристик системы:

1) *целостность* единого профилактического пространства, объединяющего различные субъекты профилактики (кластеры: нормативно-правовой политики, общественного здоровья, воспитания и образования, правового контроля, трудовых ресурсов) в многообразии их межведомственного и межсекторального взаимодействия (Профилактика наркологических расстройств: национальное руководство, 2018);

2) *структурность* профилактического пространства, заключающаяся в целостности взаимосвязанных между собой элементов, в качестве которых могут выступать уровни профилактических вмешательств (первичный, вторичный, третичный или универсальный, селективный, индикативный) (Корчагина Г.А, Гречаная Т.Б. Наркология: Национальное руководство, 2024);

3) *иерархичность*, когда в топографии превентивного пространства последовательно меняются следующие друг за другом уровни профилактического воздействия субъекта профилактики на объект, например, при переходе индивида из одной возрастной группы в другую, что влечет за собой изменение цели, задач, интенсивности профилактических вмешательств (Международные стандарты профилактики употребления наркотиков, 2013, 2018);

4) *взаимосвязь системы со средой*, которая может быть «закрытой», когда объект профилактического воздействия не преобразует среду и не изменяется сам под ее влиянием, и «открытой», когда объект в парадигме профилактического пространства, взаимодействуя со средой, меняет ее и меняется сам под ее влиянием;

5) *множественность описания* - когда система, являясь сложным конструктом, в принципе не может быть сведена только к какой-то одной классификации, что предполагает осуществление множества аналитических подходов к ее описанию и упорядочиванию.

Рассмотрим указанные характеристики применительно к системной модели превенции употребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста в фокусе многомерности профилактического пространства.

2.2.1. Правовые основы системной модели психологической превенции потребления психоактивных веществ, обеспечивающие целостность профилактического пространства

Концептуализируя положения общей теории систем (по Л. фон Берталанфи, 1973) к сфере превенции потребления ПАВ, целостность профилактического пространства в нашем понимании корректнее всего представить через призму *правовых основ* системной модели психологической профилактики.

В Российской Федерации целостность профилактического пространства обеспечивается широкой и детализированной сферой нормативно-правового регулирования, которая представлена:

1) *Основополагающими нормативно-правовыми актами, касающимися здоровья и благополучия населения Российской Федерации*, среди которых можно указать: а) Конституцию Российской Федерации; б) Федеральный закон от 21 ноября 2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; в) Федеральный закон от 28 июня 2014 № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации»; г) систему профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних¹¹; д) концепцию демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года¹² и др.;

2) *Программами стратегического развития Российской Федерации, определяющими приоритеты в области здравоохранения*, которые представлены: а) Государственной программой Российской Федерации «Развитие

¹¹ Федеральный закон от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»

¹² Указ Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. №1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года»

здравоохранения»¹³; б) Стратегией развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года¹⁴ и др.;

3) *Нормативно-правовыми актами, непосредственно направленными на ограничение доступности и сокращение употребления ПАВ*, среди которых можно отметить федеральные законы: а) об охране здоровья граждан от воздействия табачного дыма¹⁵; б) о государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции¹⁶ и др.;

4) *Концепциями государственной политики, определяющими цели, задачи и направления профилактических вмешательств по сокращению потребления ПАВ*, которые включают: а) концепцию осуществления государственной политики противодействия потреблению табака и иной никотинсодержащей продукции¹⁷; б) концепцию сокращения потребления алкоголя¹⁸; в) стратегию государственной антинаркотической политики Российской Федерации¹⁹ и др.;

5) *Национальными проектами федерального масштаба*, принятыми в России в 2018 года и разработанными по трем направлениям: «Человеческий капитал», «Комфортная среда для жизни» и «Экономический рост»: а) Национальный проект «Здравоохранение»; б) Национальный проект «Демография»; в) Национальный проект «Образование», действующими до 2024 года. С 2025 года планируется реализация новых национальных проектов: «Продолжительная и активная жизнь», «Новые технологии сбережения здоровья» и др.;

¹³ Постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. №1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»

¹⁴ Указ Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. №254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года»

¹⁵ Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»

¹⁶ Федеральный закон от 22 ноября 1995 г. № 171-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции»

¹⁷ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 ноября 2019 г. №2732-р «О Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака и иной никотинсодержащей продукции в Российской Федерации на период до 2035 г. и дальнейшую перспективу»

¹⁸ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 11 декабря 2023 г. №3547-р «Об утверждении Концепции сокращения потребления алкоголя в Российской Федерации на период до 2030 г. и дальнейшую перспективу»

¹⁹ Указ Президента Российской Федерации от 23 ноября 2020 г. №733 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года»

6) *Международными правовыми актами, ратифицированными Российской Федерацией:* а) цели в области устойчивого развития (ЦУР) (Sustainable Development Goals, сокр. SDGs), разработанные в 2015 году Генеральной ассамблеей Организации Объединенных Наций (ООН) в качестве «плана достижения лучшего и более устойчивого будущего для всех на период до 2030 год», включая Цель 3: Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте; б) рамочная конвенция Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) (WHO Framework Convention on Tobacco Control, WHO FCTC), направленная на ограничение табакокурения; в) глобальный план действий по борьбе с алкоголем на 2022–2030 гг.; г) программа реализации глобального плана действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на период 2023–2030 гг. и др.;

7) *Ведомственными нормативными правовыми актами, включая стандарты лечения и клинические рекомендации (протоколы лечения) по нозологиям, имеющим отношение к злоупотреблению ПАВ:* а) порядок оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и порядок диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ^{20, 21}; б) порядок прохождения больными наркоманией медицинской и социальной реабилитации²²; в) стандарт первичной специализированной медико-санитарной помощи при пагубном употреблении ПАВ²³; г) порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения²⁴; д) клинические рекомендации по профилю «психиатрия-наркология».

²⁰ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2015 №1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ»

²¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 ноября 2025 № 666н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология».

²² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №208н и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации №432нб от 3 мая 2023 г. «Об утверждении порядка прохождения больными наркоманией медицинской и социальной реабилитации»

²³ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 мая 2016 №301н «Об утверждении стандарта первичной специализированной медико-санитарной помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ»

²⁴ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. №404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»

2.2.2. Единая концепция превентивных программ, обеспечивающая структурность системного подхода к профилактике потребления психоактивных веществ

Несмотря на то, что в Российской Федерации межведомственный стандарт антинаркотической профилактической деятельности был принят только в 2025 г., тогда как во многих зарубежных странах подобные концептуальные руководства действуют и регулярно обновляются, в отечественной психологии и медицине давно существуют надежные теоретико-методологические основы превентивных программ, опирающиеся на отечественные и зарубежные научно обоснованные подходы к организации профилактики. Проведенный теоретический анализ, позволяет представить уровневую модель психологической профилактики потребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста (рис. 3) в фокусе топографии превентивного пространства.



Рисунок 3 - Структурная модель профилактики употребления ПАВ в топографии превентивного пространства

Многомерное профилактическое пространство на основе проведенного теоретико-методологического и эмпирического анализа представлено двумя основными направлениями (психологической и медицинской профилактики),

уровнями (макроуровень, микроуровень и уровень индивидуальных вмешательств) и видами (для психологической профилактики – универсальная, селективная и индикативная профилактика; для медицинской – первичная, вторичная и третичная профилактика). Для понимания каждого из выделенных элементов системной модели профилактики рекомендуется рассмотреть отдельно их структуру и содержание.

2.2.3. Единая концепция превентивных программ, обеспечивающая иерархичность системного подхода к профилактике потребления психоактивных веществ

Становление и развитие личности в современной психологии рассматривается с позиций различных психологических концепций и научных школ. Психоанализ и гештальт-терапия, когнитивно-поведенческий подход и психосинтез едины в том, что человек становится личностью, обретает культурные и социальные навыки, проходя жизненный путь через несколько этапов, которые образуют определенную иерархию, они соподчинены и одновременно независимы друг от друга (Петрушин В.И., 2017). В личностной иерархии каждый последующий этап развития вбирает в себя достижения предыдущего этапа, в то же самое время на каждом новом отрезке жизни личность обретает некоторую новую идентичность, которая отличает её от предыдущего уровня развития. Это особенно наглядно представлено в известных концепциях возрастных этапов развития (Эльконин Д.Б., 1971; Эриксон Э., 1996; Леонтьев А.Н., 2010). Соответственно иерархичность профилактического пространства концептуально можно представить с опорой на возрастные периоды развития человека. Данный подход положен в основу Международных стандартов профилактики употребления наркотиков (2013, 2018), приводится в Национальном руководстве по наркологии (2024) и в Национальном руководстве по профилактике наркологических расстройств (2018) (таблица 8).

Таблица 8 - Превентивные вмешательства, обладающие научно доказанной эффективностью применительно для разных возрастных периодов и применяемые различными субъектами профилактики

	Дородовой период и младенчество	Раннее детство	Средний детский возраст	Ранний подростковый возраст	Подростковый возраст	Взрослый возраст
Семья	Патронаж беременных и младенцев **		Программы обучения родительским навыкам ***			
	Профилактика потребления ПАВ беременными *					
Школа		Образование в раннем детстве ****	Личностные и социальные навыки ***	Профилактика на основе личностных и социальных навыков, навыков устойчивости к социальному влиянию ***		
			Программы по улучшению атмосферы в школе ***			
			Профилактика индивидуальной уязвимости к факторам риска **			
			Программы по «удержанию» детей группы риска в школе **	Школьная политика и культура **		
			Общество			
Многоотраслевые меры по инициативе общественных организаций ***						
				Кампании в СМИ *		
				Развлекательные мероприятия и учреждения **		
				Профилактика на рабочих местах ***		
Мед. организации				Скрининг и краткие профилактические вмешательства *****		

Примечание: уровень эффективности профилактических вмешательств:

* ограниченный / ** приемлемый / *** высокий / **** очень высокий / ***** отличный

2.2.4. Парадигма открытого профилактического пространства как показатель открытого взаимодействия субъектов и объектов превентивных вмешательств со средой

Одним из важнейших условий развития и перехода личности на следующий уровень эффективного функционирования является его окружение – природное, психологическое и социальное, которое подпитывает человека необходимыми ресурсами (Петрушин В.И., 2017). Как уже упоминалось ранее в отношении риска развития наркологических расстройств, ни один из факторов не может являться определяющим, а каждый из факторов генетического, биологического, клинико-психологического или средового риска может стать фактором защиты при условии активного целеполагания личности, поставившей перед собой задачу изменить «предопределенную» факторами риска программу манифестации аддиктивного поведения. Подчеркивая вклад индивидуума, когда объект в парадигме профилактического пространства взаимодействует со средой, преобразует ее и меняется сам под ее влиянием, считаем необходимым привести данные по наиболее значимым факторам риска, дифференцированным по уровням взаимовлияния среды на личность и наоборот (Корчагина Г.А., Гречаная Т.Б., 2024) (таблица 9).

Таблица 9 - Факторы риска развития наркологических расстройств

Факторы риска на макроуровне профилактических вмешательств		
Уровень доходов и доступности ресурсов	Социальная среда	Физическая среда
▪ бедность; ▪ бездомность; ▪ статус беженца; ▪ ограниченный доступ к социальной и медицинской помощи	▪ асоциальные нормы поведения; ▪ слабый общественный контроль; ▪ отсутствие социальной сплоченности; ▪ военные конфликты; ▪ социальная отчужденность, неравенство, дискриминация	▪ неблагоприятные жилищные условия; ▪ небезопасный район проживания; ▪ доступность алкоголя и наркотиков; ▪ отсутствие достаточной доступности продуктов питания; ▪ СМИ, поддерживающие возможность употребления ПАВ
Факторы риска на микроуровне профилактических вмешательств		
Влияние семьи	Влияние школы	Влияние сверстников
▪ употребление ПАВ родителями; ▪ отрицательный пример для подражания; ▪ отсутствие родительского внимания и контроля; ▪ грубое, жестокое или пренебрежительное воспитание; ▪ пренебрежение физическими и психологическими потребностями; ▪ стрессогенная среда воспитания	▪ низкое качество образования; ▪ неблагоприятная психологическая среда; ▪ прогулы; ▪ отсутствие программ профилактики; ▪ отсутствие внеклассных мероприятий	▪ асоциальное поведение сверстников; ▪ отрицательный пример для подражания; ▪ потребление ПАВ сверстниками; ▪ отсутствие родительского контроля над отношениями со сверстниками
Факторы риска на уровне личностных особенностей		
Интернальные (внутренние) проблемы	Экстернальные (внешние) проблемы	Недостаток просоциальных навыков и компетенций
▪ проблемы эмоциональной регуляции; ▪ тревога, депрессия, иные психические расстройства; ▪ низкая самооценка	▪ импульсивное, оппозиционное или агрессивное поведение; ▪ противоправные установки; ▪ употребление ПАВ	▪ нарушения взаимоотношений со сверстниками и лицами иных возрастов; ▪ низкая способность испытывать эмпатию; ▪ неспособность оказывать эмоциональную или физическую поддержку другим людям

2.2.5. Мониторинг распространенности потребления психоактивных веществ и наркологических расстройств как показатель эффективности профилактических вмешательств через множественность описания взаимодействия объектов профилактики и окружающей среды

Система профилактики потребления ПАВ является сложным многокомпонентным конструктом, который сложно подвергнуть какой-либо одной классификации, что предполагает осуществление множества аналитических подходов к ее описанию и упорядочиванию. Так же, как перед системой государственного регулирования, так и перед практическими специалистами стоит насущный вопрос оценки эффективности реализуемых профилактических вмешательств в различные промежутки времени. Среди аналитических подходов, позволяющих оценить многокомпонентность и взаимосвязь объектов профилактики и окружающей среды, можно выделить:

1) *Международные мониторинговые проекты, позволяющие оценить как мировую распространенность потребления ПАВ, так и получить данные отдельно по странам:* а) Глобальное обследование употребления табака среди молодежи (Global Youth Tobacco Survey, GYTS), которое проводилось в Российской Федерации в период с 2004 по 2021 гг. как на региональном, так и на национальном уровнях (Салагай О.О., Сахарова Г.М., Антонов Н.С., 2024); б) Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS), который представляет собой национальный репрезентативный опрос домохозяйств, в котором опрашиваются лица 15 лет и старше, и который является глобальным стандартом систематического мониторинга потребления табака и отслеживания ключевых показателей борьбы против табака, разработанных для получения национальных оценок в целом, а также в разбивке по полу и месту проживания (Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Салагай О.О., 2017); в) Всемирный доклад по наркотикам (World Drug Report, WDR) и др.;

2) *Международные мониторинговые проекты, позволяющие оценить широкий спектр параметров, связанных со здоровьем подростков, включая распространенность потребления ПАВ и факторов риска, связанных с их*

потреблением, среди которых можно отметить: а) Межнациональное исследование ВОЗ «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (Health behaviour in school-aged children, HBSC), которое на протяжении более 30 лет собирает информацию о поведении в отношении здоровья, благополучии и социальном окружении подростков в возрасте 11-15 лет (Inchley J. et al, 2020; Charrier L. et al., 2024); б) Европейский школьный исследовательский проект по алкоголю и другим наркотикам (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD), посвященный распространенности потребления ПАВ подростками 15-16 лет из 40 стран мира (ESPAD Report, 2020, 2025) и др.;

3) *Использование метода аналитической токсикологии, обозначаемого как «эпидемиология на основе анализа сточных вод» (Wastewater-based epidemiology, сокр. WBE)*, который позволяет выявлять специфические продукты метаболизма лекарственных средств, алкоголя, табака и наркотиков при анализе сточных вод, поступающих на очистные сооружения. В настоящее время в этом направлении исследования проводятся несколькими исследовательскими группами. С 2010 г. была создана общеевропейская сеть (Sewage analysis CORe group — Europe, SCORE), координируемая Европейским центром мониторинга наркотиков и наркомании (EMCDDA), в целях стандартизации подходов, используемых для анализа сточных вод, и проведения международных исследований посредством установления общего протокола действий (Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study. EMCDDA, 2023). В России подобные исследования проводились исследовательской группой сотрудников ННЦ наркологии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (Рожанец В.В. и соавт., 2022);

4) *Единая государственная автоматизированная информационная система учета объема производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции*, которая позволяет анализировать данные оборота алкоголя и учитывать полученные показатели для расчета потребления алкоголя на душу населения;

5) *Международные и национальные мониторинговые проекты, позволяющие оценить не только распространенность потребления ПАВ, но и*

ассоциированность травм, заболеваемости и смертности с их потреблением на мировом и страновом уровнях: а) исследование «Глобальное бремя болезней» (GBD, 2020); б) крупнейшее в российской эпидемиологии неинфекционных заболеваний одномоментное исследование «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в регионах Российской Федерации» (ЭССЕ-РФ, 2023), результаты которого показали, что, наряду с широко известными факторами риска хронических неинфекционных заболеваний курение, злоупотребление алкоголем и другими ПАВ является независимым фактором риска;

б) Данные федерального и регионального статистического наблюдения, которые собираются и накапливаются в информационных системах государственных институтов и ведомств: в Министерстве здравоохранения Российской Федерации – данные по заболеваемости и смертности; в Федеральной службе государственной статистики (Росстате) – по различным демографическим показателям, включая данные по смертности, связанной с употреблением ПАВ, в Министерстве внутренних дел – по преступлениям, связанным с употреблением ПАВ, изъятии наркотиков, появлению новых наркотических веществ (Киржанова В.В. Национальное руководство, 2024). Непосредственное отношение к распространенности наркологических расстройств имеет ежегодный аналитический отчет «Состояние и деятельность наркологической службы в Российской Федерации», подготовленный на основании информации, содержащейся в формах федерального статистического наблюдения и включающий анализ структуры, ресурсной обеспеченности и деятельности наркологической службы, показателей эффективности и качества, характеризующих ее работу, а также показателей амбулаторной и госпитальной обращаемости. (Киржанова В.В., 2024);

7) Данные научных исследований, использующих клинико-эпидемиологический подход при анализе распространенности потребления ПАВ, включая оценку факторов риска и факторов защиты формирования наркологических расстройств, а также оценку эффективности реализуемых профилактических вмешательств, среди которых можно отметить: а) анализ деятельности Центра общественного здоровья и медицинской профилактики

(ЦОЗиМП) - системы, призванной решать профилактические задачи на региональном и муниципальном уровнях (Салагай О.О., Боричевская Е.И., 2024); б) оценку распространенности поведенческих факторов риска (курение, употребление алкоголя, нерациональное питание, недостаточная физическая активность) и их влияния на здоровье населения Российской Федерации на основе разработанной авторами методологии оценки влияния поведенческих факторов риска на здоровье взрослого населения Российской Федерации (по материалам статистического обследования состояния здоровья населения, проведенного Росстатом в 2021 г.) (Салагай О.О., Сахарова Г.М., и соавт, 2023) и др.;

8) *Данные социологических методов исследования и опросов экспертов в области профилактики.*

Таким образом, множественность описания открытых систем профилактического пространства может быть проанализирована только с использованием таких же многокомпонентных подходов к оценке ее функционирования и эффективности.

2.3. Графическое представление организационной модели психологической профилактики употребления психоактивных веществ женщинами репродуктивного возраста

Следуя логике системного исследования, обобщение результатов теоретико-методологического изучения клинко-психологических, социально-психологических и социально-демографических факторов риска формирования зависимого поведения, отражающих ее иерархические уровни и закономерности у женщин репродуктивного возраста на донозологических стадиях потребления и при зависимости от ПАВ, позволило представить системную модель психологической профилактики, которая интегрировала: 1) результаты теоретико-методологического анализа состояния проблемы психологической профилактики среди женщин репродуктивного возраста как отдельной уязвимой группы населения, характеризующейся наличием специфических факторов клинко-психологической и социально-демографической уязвимости; 2) результаты теоретико-методологического анализа методов и подходов к психологической

профилактике зависимого поведения среди женщин репродуктивного возраста как отдельной уязвимой группы населения, характеризующейся наличием специфических потребностей и особенностями (рис. 4).



Рисунок 4 - Организационная модель профилактики употребления ПАВ среди различных категорий населения, включая женщин репродуктивного возраста

2.4. Резюме по главе 2

В главе проведен структурно-содержательный анализ иерархических уровней и групп превентивных вмешательств на универсальном, селективном и индикативном уровнях первичной профилактики, а также на уровне терапевтических и реабилитационных вмешательств. Проведенный теоретико-методологический анализ российского и международного опыта разработки и реализации профилактических вмешательств, направленных на снижение спроса и предложения ПАВ среди различных категорий населения, включая женщин репродуктивного возраста и беременных, позволяет аргументированно утверждать, что эффективная система превентивных вмешательств должна базироваться на концепции государственной политики, направленной на укрепление здоровья граждан. В свою очередь, концепция государственной политики является платформой для функционирования междисциплинарной нормативно-правовой базы, определяющей реализацию единой концепции превентивных вмешательств, опирающейся на отечественные и зарубежные научно обоснованные методы профилактики, успешно действующие программы мониторинга и системы оценки.

На основе теоретико-методологического анализа состояния проблемы потребления ПАВ среди женщин репродуктивного возраста как группы населения, имеющей гендерно специфичные особенности - факторы клинико-психологической, социально-психологической и социально-демографической уязвимости и маркеры клинических проявлений наркологических расстройств - представлено обоснование концептуальных основ системной модели психологической профилактики (параграф 2.1). В параграфе 2.2 обозначены теоретико-методологические основы, характеристики и детерминанты развития систем, их самоорганизации, смыслообразующей роли взаимодействия открытых систем в процессе развития человека и общества. В разделе 2.2.1 обозначены правовые основы системной модели психологической превенции потребления ПАВ, обеспечивающие целостность профилактического пространства и представленные основополагающими нормативно-правовыми актами,

касающимися здоровья и благополучия населения Российской Федерации; программами стратегического развития Российской Федерации, определяющими приоритеты в области здравоохранения; нормативно-правовыми актами, непосредственно направленными на ограничение доступности и сокращение употребления ПАВ; концепциями государственной политики, определяющими цели, задачи и направления профилактических вмешательств по сокращению потребления ПАВ; ведомственными нормативно-правовыми актами, включая стандарты лечения и клинические рекомендации (протоколы лечения) по нозологиям, имеющим отношение к злоупотреблению ПАВ. В разделах 2.2.2 и 2.2.3 представлена единая концепция превентивных программ, обеспечивающая структурность и иерархичность системного подхода к профилактике потребления ПАВ в топографии превентивного пространства, в контексте которого соподчиненные и одновременно независимые друг от друга факторы оказывают протективное воздействие на личность человека. В разделе 2.2.4 обозначена парадигма профилактического пространства как показатель открытого взаимодействия субъектов и объектов профилактики со средой, являющаяся одним из важнейших условий развития и эффективного функционирования личности. В разделе 2.2.5 в продолжение подробного изучения показателей распространенности потребления ПАВ и наркологических расстройств среди различных групп населения и теоретико-методологического анализа эффективности профилактических программ, представленных в дальнейшем в Главе 5, обозначена необходимость проведения мониторинга изменений наркологической ситуации как показателя эффективности профилактических вмешательств, обозначаемых через множественность взаимодействия иерархически и топографически взаимосвязанных объектов профилактики и окружающей среды.

В параграфе 2.3 проведено обобщение результатов теоретико-методологического этапа исследования по изучению клинико-психологических, социально-психологических и социально-демографических факторов риска формирования зависимого поведения, отражающих ее иерархические уровни и

закономерности, что позволило графически представить системную модель психологической профилактики. Разработанная системная модель в схематическом представлении отдельных элементов и их взаимосвязей отражает интегративное единство всех рассмотренных ранее компонентов психологической профилактики употребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста. Схематическое представление модели психологической профилактики позволяет рассматривать ее как целостную, открытую, иерархически организованную динамическую систему – систему развития ценностных, смысловых и мотивационных компонентов личности, а также преодоления действующих на индивида социально-средовых и индивидуально-личностных предикторов и факторов риска развития аддиктивного поведения.

ГЛАВА 3. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящей главе представлено описание организации исследования, его материала и основных методов. В параграфе 3.1 приведено описание дизайна проведенных исследований.

3.1. Дизайн исследования

В соответствии с целью и задачами исследования были осуществлены отдельные его этапы, последовательно изложенные в содержании диссертации и в положениях, выносимых на защиту.

На этапе теоретико-методологического анализа состояния проблемы потребления ПАВ среди женщин репродуктивного возраста (этап 1, рис. 5) как группы населения, имеющей гендерно специфичные факторы клинико-психологической, социально-психологической и социально-демографической уязвимости и гендерно специфичные маркеры клинических проявлений наркологических расстройств, решалась первая задача диссертационного исследования по разработке концепции системной модели психологической профилактики. На основании изученного массива литературы, теоретических предпосылок и имеющихся эмпирических данных по теме исследования была разработана теоретико-прикладная концепция системной модели психологической профилактики потребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста, включая виды и уровни превентивных вмешательств, основные детерминирующие факторы риска и социально-психологические компоненты, приводящие к аддиктивному поведению и значимые в определенные возрастные периоды. Теоретико-методологический анализ состояния указанной проблемы, анализ распространенности потребления никотинсодержащих изделий, алкогольных напитков и наркотических средств среди взрослого населения, а также наркологических заболеваний и стигматизации, обусловленной употреблением ПАВ в фокусе гендерных различий, был изложен в первой главе диссертации и кратко обобщен в первом положении, выносимом на защиту. На данном этапе

проводилась оценка гендерной специфики общей заболеваемости наркологическими расстройствами и динамики соотношения числа мужчин и женщин, обращающихся за наркологической помощью, психопатологии, факторов риска развития и клинико-динамических особенностей течения наркологических заболеваний с учетом гендерных различий, детерминирующих уровень лечебно-реабилитационной приверженности и личностные риски дезадаптации с учетом их значимости как эмпирической основы для разработки мероприятий по профилактике зависимого поведения.

Далее, на основе выявленной структурной специфики проблемы употребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста, был проведен **эмпирический этап диссертационного исследования** (этапы 2.1 и 2.2, рис. 5), включавший выделение значимых клинико-психологических, социально-психологических и социально-демографических факторов риска формирования зависимого поведения среди женщин репродуктивного возраста, включая беременных и женщин, планирующих беременность. Для достижения цели и решения второй задачи диссертационного исследования изучение гендерно-специфичных предикторов зависимого поведения было осуществлено в несколько этапов и в значимо различающихся между собой группах женщин, которые были обследованы на рабочих местах, при обращении за социально-психологической или медицинской помощью. Второй этап включал предварительную (или поисковую) и основную части. Данное разделение было обусловлено сложностью и многомерностью изучения феномена потребления ПАВ и predispositional факторов, обуславливающих зависимое поведение женщин. **На предварительном этапе эмпирической части исследования** (этап 2.1, рис. 5) апробировались скрининговые инструменты и профилактические вмешательства с определением наиболее валидных для достижения цели и задач исследования методов в следующих целевых группах исследования: 1) женщины трудоспособного возраста (в качестве объекта универсальной профилактики); 2) беременные женщины и женщины, планирующие беременность (в качестве объекта селективной профилактики); 3) женщины репродуктивного возраста, имеющие социально-

психологические проблемы (в качестве объекта индикативной профилактики) и 4) женщины с проблемным употреблением ПАВ (в качестве объекта группы терапевтических и реабилитационных вмешательств). По завершении предварительного этапа эмпирического исследования был определен единый диагностический инструментарий для выборки основного этапа, а в качестве метода профилактического воздействия был выбран метод мотивационного консультирования.

На основном этапе эмпирического исследования (этап 2.2, рис. 5) с использованием единого диагностического комплекса, включающего скрининговые и психодиагностические инструменты, были обследованы три группы женщин, сопоставимые с группами предварительного этапа: 1) женщины трудоспособного возраста (группа медицинских работников как группа универсальных вмешательств); 2) беременные женщины и женщины, планирующие беременность (как группа селективных и индикативных вмешательств) и 3) женщины, с употреблявшие ПАВ с вредными последствиями и с зависимостью от ПАВ (как группа терапевтических и реабилитационных вмешательств). Для женщин второй группы дополнительно была проведена оценка влияния курения и употребления алкоголя до и во время беременности на течение и исход родов. Для женщин второй и третьей групп выборочно применялись лабораторные подтверждающие методы исследования. С женщинами всех групп через 12 месяцев было проведено повторное диагностическое исследование и мотивационное консультирование, позволившие определить динамику основных клинико-психологических предикторов зависимого поведения и оценить эффективность проведенных профилактических вмешательств.

Данный дифференцированный подход позволил определить вариативную распространенность потребления ПАВ в группах и специфичные для каждой группы клинико-психологические, социально-психологические и социально-демографические факторы риска формирования зависимого поведения, а также апробировать программу профилактики, что в дальнейшем позволило обосновать системный превентивный подход к изменению поведения, связанного с

употреблением табака, алкоголя и наркотиков у женщин репродуктивного возраста. Результаты, полученные в ходе предварительного и основного этапов эмпирического исследования, обобщены и подробно изложены в третьей главе и позволили обосновать второе положение, выносимое на защиту.

Выявление клинико-психологических, социально-психологических и социально-демографических факторов риска формирования зависимого поведения среди женщин репродуктивного возраста, включая беременных, а также проведение мотивационного консультирования с оценкой его эффективности в долгосрочной перспективе позволило решить третью и пятую задачи диссертационного исследования: 1) определение мишеней универсальной, селективной и индикативной профилактики, основанных на выявленных факторах риска формирования зависимого поведения и отражающих их иерархические уровни и закономерности и 2) проведение оценки эффективности методов универсальной, селективной и индикативной психологической профилактики потребления ПАВ среди женщин репродуктивного возраста в долгосрочной перспективе. Основные выводы данного этапа исследования были изложены в шестой главе и сформулированы в третьем положении, выносимом на защиту.

На третьем, завершающем, этапе исследования по оценке эффективности профилактических вмешательств (этап 3, рис. 5) на основе результатов теоретико-методологического и эмпирического анализа и оценки эффективности проведенных превентивных вмешательств была разработана системная модель психологической профилактики потребления ПАВ, отражающая ее иерархические уровни и закономерности, для женщин репродуктивного возраста на донозологических стадиях потребления и при зависимости от ПАВ. Проведенная систематизация и обобщение теоретико-прикладного значения разработанной модели представлены в пятой главе исследования (рисунок 5).

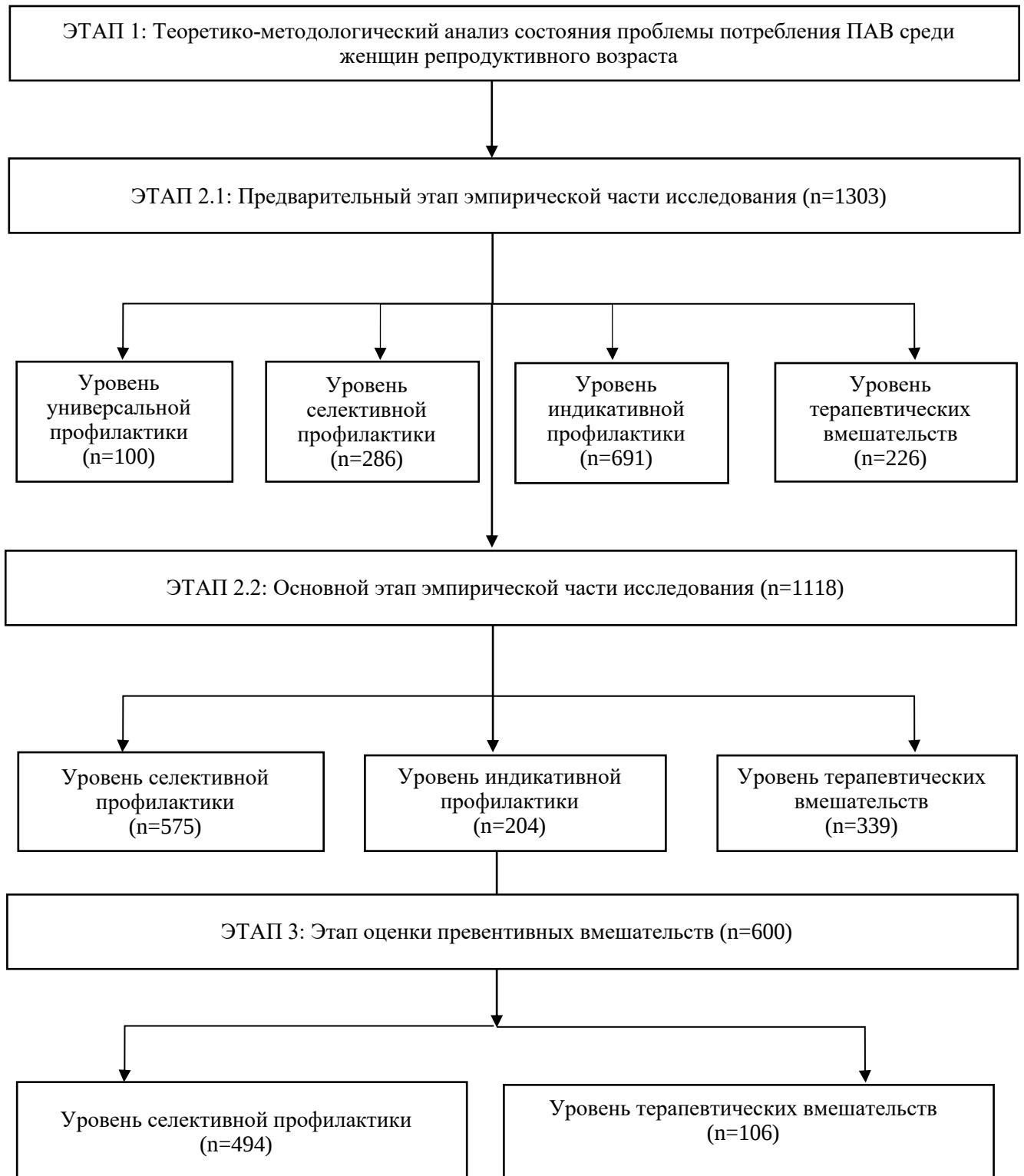


Рисунок 5 - Дизайн исследования

3.2. Организация исследования

Эмпирические результаты, представленные в диссертации, получены при личном участии автора в ходе проведения психодиагностического и клинико-психологического обследования участников предварительного и основного этапов исследования по выявлению клиничко-психологических, социально-психологических и социально-демографических факторов риска формирования зависимого поведения, а также последующего мотивационного консультирования.

Лично автором был разработан дизайн диссертационного исследования; подготовлены электронные и бумажные анкеты, а также электронные и бумажные учебно-методические материалы, включая учебное пособие для специалистов и информационные буклеты для обследованных женщин; лично автором проводились двухдневные обучающие тренинги, очные супервизии и курация с применением дистанционных технологий (Фадеева Е.В., 2019-2023). Методология исследования была разработана лично автором в сотрудничестве с ведущим научным сотрудником отдела организации профилактической помощи в наркологии ННЦ наркологии Вышинским К.В., научным сотрудником отдела организации профилактической помощи в наркологии ННЦ наркологии Лановой А.М.

Апробация диагностических методов и превентивных подходов на уровне универсальных профилактических вмешательств проводилась в организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство-гинекология»: в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Детская городская поликлиника №68», отделение «Женская консультация № 8» (СПб ГБУЗ «ДГП № 68», Женская консультация № 8) и в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Родильный дом № 10», отделение «Женская консультация № 26» (СПб ГБУЗ «Родильный дом № 10», Женская консультация № 26). Апробация диагностических методов и превентивных подходов на уровне селективных профилактических вмешательств проводилась в ГБУЗ НО «Дзержинский перинатальный центр». Апробация диагностических методов и превентивных подходов на уровне индикативных

профилактических вмешательств, включая работу с группой сравнения, проводилась в Хакасском республиканском отделении Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест» (ХРО ООО «Российский Красный Крест») и в региональных отделениях ХРО ООО «Российский Красный Крест» - Абазинского, Бейского, Боградского, Сорского и Усть-Абаканского Красного Креста. Апробация диагностических методов и превентивных подходов на уровне терапевтических и реабилитационных вмешательств проводилась в ННЦ наркологии – филиале «ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; в ГБУЗ НО «НОНД»; ГБУЗ НО «МОКНД» и в ГБУЗ НО «Дзержинский перинатальный центр».

Результаты эмпирического этапа исследования, представленные в диссертации, получены под руководством и при личном участии автора на основании заключенных договоров о сотрудничестве: с ГБУЗ МО «МОКНД», ГБУЗ НО «НОНД», ГБУЗ НО «Дзержинский перинатальный центр», РОБО «Центр профилактики наркомании», ХРО ООО «Российский Красный Крест».

В соответствии с целью и задачами исследования по следующим направлениям: 1) выявлению клинико-психологических, социально-психологических и социально-демографических факторов риска формирования зависимого поведения; 2) выделению мишеней универсальной, селективной и индикативной первичной профилактики, основанных на выявленных факторах риска формирования зависимого поведения и отражающих их иерархические уровни и закономерности; 3) апробации и внедрению эффективных методов первичной психологической профилактики потребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста, основанных на выделенных факторах риска формирования зависимого поведения и мишеней превентивных вмешательств, было принято решение по проведению эмпирической части диссертационного исследования в два взаимодополняющих друг друга этапа: предварительного (поискового) и основного. В таблице 10 представлены: содержание, общий объем исследования (количество обследованных лиц) и использованные методики для предварительного (поискового) этапа эмпирического исследования.

Таблица 10 - Содержание, количество участников и диагностический инструментарий предварительного (поискового) этапа эмпирического исследования

Содержание этапа, диагностический инструментарий и профилактические вмешательства	Обследованные группы	Кол-во участников
1. Апробация диагностических методов и превентивных подходов на уровне универсальных профилактических вмешательств (n=100)		
А) Изучение осведомленности женщин репродуктивного возраста о вредных последствиях употребления алкоголя во время беременности Б) Изучение распространенности проблемного употребления алкоголя с использованием теста RUS-AUDIT-S В) Апробация метода пассивного и активного информирования женщин в качестве метода профилактики	Женщины репродуктивного трудоспособного возраста, обратившиеся за специализированной медицинской помощью по профилю «акушерство-гинекология» в женские консультации г. Санкт-Петербурга	100 женщин
2. Апробация диагностических методов и превентивных подходов на уровне селективных профилактических вмешательств (n=286)		
А) Изучение распространенности проблемного употребления табака и алкоголя среди женщин репродуктивного возраста с использованием: а) теста Фагерстрема для оценки тяжести никотиновой зависимости; б) теста RUS-AUDIT для выявления рисков, связанных с употреблением алкоголя Б) Апробация метода профилактического мотивационного консультирования по сокращению или отказу от употребления табака и алкоголя, основанного на принципах транстеоретической модели изменения поведения	Женщины репродуктивного трудоспособного возраста, обратившиеся за специализированной медицинской помощью по профилю «акушерство-гинекология» в ГБУЗ НО «Дзержинский перинатальный центр»	157 женщин
	Беременные женщины и родильницы, обратившиеся за специализированной медицинской помощью по профилю «акушерство-гинекология» в ГБУЗ НО «Дзержинский перинатальный центр»	121 беременная женщина, 8 родильниц

Продолжение таблицы 10 – Содержание, количество участников и диагностический инструментарий предварительного (поискового) этапа эмпирического исследования

Содержание этапа, диагностический инструментарий и профилактические вмешательства	Обследованные группы	Кол-во участников
3. Апробация диагностических методов и превентивных подходов на уровне индикативных профилактических вмешательств (n=691)		
А) Изучение распространенности проблемного употребления алкоголя среди женщин из уязвимых групп населения с использованием теста AUDIT и его краткой формы AUDIT-C для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя Б) Апробация метода активного информирования женщин о результатах скрининга и проведение краткого мотивационного интервью в качестве метода профилактики	Женщины репродуктивного трудоспособного возраста, обратившиеся за социально-психологической помощью в ХРО ООО «РКК», а также в местные отделения Красного Креста других городов Республики Хакасия	489 женщин (основная группа)
	Женщины репродуктивного трудоспособного возраста, работающие в сфере образования и услуг Республики Хакасия	202 женщины (группа сравнения)
4. Апробация диагностических методов и превентивных подходов на уровне терапевтических и реабилитационных вмешательств (n=226)		
А) Анализ динамических изменений мотивационной сферы личности и психоэмоциональных особенностей пациентов с проблемным употреблением ПАВ с использованием: а) шкалы стадий готовности к изменению и стремления к лечению (Socrates) б) шкалы депрессии, тревоги и стресса (DASS-21) в) шкалы общей самооэффективности (GSE) Б) Проведение расширенных сессий мотивационного консультирования (от двух до пяти) для формирования целеполагания женщин к отказу от употребления ПАВ	Пациенты с проблемным употреблением алкоголя и наркотиков, обратившиеся за специализированной (наркологической) медицинской помощью в Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России	63 женщины (основная группа)
		163 мужчины (группа сравнения)
ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ОБСЛЕДОВАННЫХ:		1303

В таблице 11 представлены: содержание, общий объем (количество обследованных лиц) и использованные методики для основного этапа эмпирического исследования.

Таблица 11 - Содержание, количество и диагностический инструментарий основного этапа эмпирического исследования

Содержание этапа и диагностический инструментарий	Обследованные группы	Кол-во участников
1. Реализация диагностических методов и превентивных подходов в группе селективных профилактических вмешательств (n=575)		
А) Изучение распространенности проблемного употребления ПАВ с использованием: а) скринингового теста ASSIST на вовлеченность в употребление алкоголя, табака и других ПАВ б) теста AUDIT-C для выявления рисков, связанных с употреблением алкоголя Б) Изучение психоэмоциональных факторов риска формирования зависимого поведения с использованием: а) шкалы оценки влияния травматического события (IES-R) б) шкалы неспецифического психологического стресса (К-10) В) Проведение расширенных сессий мотивационного консультирования (одной-двух) для формирования целеполагания женщин к отказу от употребления ПАВ	Сотрудники организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилям «психиатрия-наркология» и «акушерство-гинекология»	496 женщин (основная группа)
		79 мужчин (группа сравнения)
2. Реализация диагностических методов и превентивных подходов в группе индикативных профилактических вмешательств (n=204)		
А) Изучение распространенности проблемного употребления ПАВ с использованием: а) скринингового теста ASSIST на вовлеченность в употребление алкоголя, табака и других ПАВ б) теста AUDIT-C для выявления рисков, связанных с употреблением алкоголя в) метода ретроспективной оценки ежедневного объема потребления ПАВ (TLFB) г) медицинской документации и акушерского анамнеза д) не прямых биомаркеров употребления алкоголя: АЛТ и АСТ е) не прямых биомаркеров употребления никотина и алкоголя: котинин и CDT ж) данных о весе и состоянии новорожденных Б) Изучение психоэмоциональных факторов риска формирования зависимого поведения с использованием: а) шкалы оценки влияния травматического события (IES-R) б) шкалы неспецифического психологического стресса (К-10) В) Проведение расширенных сессий мотивационного консультирования (одной-двух) для формирования целеполагания женщин по отказу от употребления ПАВ	Беременные женщины, обратившиеся за специализированной медицинской помощью по профилю «акушерство-гинекология» в ГБУЗ НО «Дзержинский перинатальный центр»	204 беременные женщины

Продолжение таблицы 11 - Содержание, количество и диагностический инструментарий основного этапа эмпирического исследования

Содержание этапа и диагностический инструментарий	Обследованные группы	Кол-во участников
3. Реализация диагностических методов и превентивных подходов в группе терапевтических и реабилитационных вмешательств (n=339)		
А) Изучение распространенности проблемного употребления ПАВ с использованием: а) скринингового теста ASSIST на вовлеченность в употребление алкоголя, табака и других ПАВ б) теста AUDIT-C для выявления рисков, связанных с употреблением алкоголя Б) Изучение психоэмоциональных и личностных факторов риска формирования зависимого поведения с использованием: а) шкалы оценки влияния травматического события (IES-R) б) шкалы неспецифического психологического стресса (К-10) В) Выборочно проводилось изучение показателей непрямого биомаркера употребления алкоголя (CDT) Г) Тест аддиктивных установок (MGAA) Д) Проведение расширенных сессий мотивационного консультирования (от двух до пяти) для формирования целеполагания женщин по отказу от употребления ПАВ	Пациенты с проблемным употреблением ПАВ, обратившиеся за наркологической медицинской помощью в ГБУЗ НО «МОКНД» и в ГБУЗ НО «НОНД»	107 женщин (основная группа)
		232 мужчины (группа сравнения)
ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ОБСЛЕДОВАННЫХ:		1118

В таблице 12 представлено содержание, общий объем исследования (количество обследованных лиц и использованных методик) для этапа оценки превентивных вмешательств.

Таблица 12 - Содержание, количество участников исследования и диагностический инструментарий этапа оценки превентивных вмешательств

Содержание этапа и диагностический инструментарий	Обследованные группы	Кол-во участников
1. Оценка эффективности профилактических вмешательств, направленных на предотвращение потребления ПАВ среди медицинских работников (n=494)		
А) Первичная и повторная (через 10–14 месяцев) диагностика распространенности проблемного употребления табака и алкоголя с использованием: а) скринингового теста ASSIST на вовлеченность в употребление алкоголя, табака и других ПАВ б) теста AUDIT-C для выявления рисков, связанных с употреблением алкоголя Б) Первичная и повторная (через 10–14 месяцев) диагностика психоэмоциональных факторов риска формирования зависимого поведения с использованием: а) шкалы оценки влияния травматического события (IES-R) б) шкалы неспецифического психологического стресса (К-10) В) Проведение расширенных сессий мотивационного консультирования (одной-двух) для формирования целеполагания женщин к отказу от употребления ПАВ Г) Оценка динамики изменений в распространенности проблемного употребления табака и алкоголя, а также психоэмоциональных факторов риска формирования зависимого поведения	Сотрудники организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилям «психиатрия-наркология» и «акушерство-гинекология»	494 женщины
2. Оценка эффективности профилактических вмешательств, направленных на предотвращение потребления ПАВ среди женщин с их проблемным употреблением (n=106)		
А) Первичная и повторная (через 10–14 месяцев) диагностика распространенности проблемного употребления табака и алкоголя с использованием: а) скринингового теста ASSIST на вовлеченность в употребление алкоголя, табака и других ПАВ б) теста AUDIT-C для выявления рисков, связанных с употреблением алкоголя Б) Первичная и повторная (через 10–14 месяцев) диагностика психоэмоциональных факторов риска формирования зависимого поведения с использованием: а) шкалы оценки влияния травматического события (IES-R) б) шкалы неспецифического психологического стресса (К-10) В) Проведение расширенных сессий мотивационного консультирования (одной-двух) для формирования целеполагания женщин к отказу от употребления ПАВ Г) Оценка динамики изменений в распространенности проблемного употребления табака и алкоголя, а также психоэмоциональных факторов риска формирования зависимого поведения	Пациенты с проблемным употреблением алкоголя и наркотиков	106 женщин
ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ОБСЛЕДОВАННЫХ:		600

Подбор участников исследования осуществлялся таким образом, чтобы изучение клинико-психологических и социально-демографических факторов риска формирования зависимого поведения в обозначенных группах женского населения позволило бы обосновать мишени универсальной, селективной и индикативной первичной профилактики, отражающие ее иерархические уровни и закономерности. Более подробно результаты, полученные в каждой из групп выборки, представлены в параграфах Главы 4.

Общими критериями формирования групп для лиц женского (основная группа) и мужского пола (группа сравнения), включенных в исследование, стали следующие условия:

- трудоспособный возраст от 18 до 60 лет;
- наличие письменного информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии исключения:

- возраст 17 лет и младше или 61 год и старше.

Для нескольких групп женщин предварительного и основного этапов исследования проводился сравнительный анализ с мужской выборкой.

Общая выборка обследованных лиц трудоспособного возраста составила 3021 человек, из них женщин репродуктивного возраста – 2547 человек, из них беременных – 325.

3.3. Методы исследования

1. Библиографический: теоретико-методологический анализ состояния проблемы психологической профилактики и распространенности потребления ПАВ среди женщин репродуктивного возраста как отдельной уязвимой группы населения, характеризующейся наличием специфических факторов клинико-психологической и социально-демографической уязвимости.

2. Социально-демографический и социально-экономический: анализ возрастных, семейных, образовательных, профессиональных и финансовых факторов, которые могут оказывать влияние на социальное функционирование женщин и на потребление ПАВ.

3. Психодиагностический:

А) Изучение клинико-психологических свойств личности было проведено с использованием следующих инструментов:

- шкала депрессии, тревоги и стресса (Depression Anxiety and Stress Scale-21, DASS-21) (Lovibond S.H., Lovibond P.F., 1995; адаптация Руженкова и соавт., 2019; Золотарева А.А., 2020);

- шкала общей самоэффективности (General Self-Efficacy Scale, GSE) (Luszczynska A. et al., 2005; Schwarzer R., Jerusalem M., 2010);

- шкала психологического дистресса Кесслера (10-item Kessler Psychological Distress Scale, K-10), включающая оценку симптомов тревожных и депрессивных расстройств (Kessler R.C. et al., 2002);

- шкала влияния травматического события, пересмотренная (Impact of Event Scale – Revised, IES-R), предназначенная для выявления признаков ПТСР в текущем эмоциональном состоянии и ретроспективно по трем субшкалам: избегание, вторжение, гипервозбудимость (Horowitz M.J. et al., 1979; адаптация Тарабрина Н.В., 2001);

- тест аддиктивных установок МакМаллана–Гелхара (McMullin Addictive Affirmations' test, сокр. MGAA) (МакМаллан Р., 2001).

Б) Изучение социально-демографических характеристик:

- анкета исследования, включающая социально-демографические параметры.

В) Изучение индивидуально-психологических особенностей и мотивационной сферы личности:

- краткий скрининг-тест на оценку мотивации к отказу от потребления ПАВ (Прохазка Дж., 2013; адаптация представлена в клинических рекомендациях «Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых», Сахарова Г.М. и соавт., 2021);

- тест готовности к изменениям (Прохазка Дж., 2013; адаптация представлена в клинических рекомендациях «Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых», Сахарова Г.М. и соавт., 2021);

- опросник готовности к изменениям (Readiness to Change Questionnaire, RCQ) (Heather N., Rollnick S., 1993; Budd R.J., Rollnick S., 1996; Richards D.K. et al., 2021; адаптация Шеина А.Ю., Шумилов Н.С., 2022);

- шкала стадий готовности к изменению и стремления к лечению (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, Socrates) (Miller W.R. Tonigan J.S., 1996; адаптация Климанова С.Г, Труслова А.В. и соавт., 2018);

- методика «Квадрат принятия решений Декарта» (Шеина А.Ю., Шумилов Н.С., 2022).

Г) Изучение частоты и количества ПАВ, потребляемых женщинами репродуктивного возраста, включая беременных женщин, было проведено с использованием следующих инструментов:

- тест Фагерстрема для оценки тяжести никотиновой зависимости (Heatherton T.F. et al., 1991; Сахарова Г.М. и соавт. 2021)

- тест для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT) (Babor T.F. et al., 2001; Saunders J.B., et al., 1993; World Health Organization, 2001), его сокращенной версии - AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test for Consumption) (Бойцов С.А., Драпкина О.М. и соавт., 2017; Краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя: учебное пособие ВОЗ для первичного звена медико-санитарной помощи, 2017; Bush K. et al., 1998; Bradley K.A. et al., 2007) и его адаптированной и валидизированной для населения Российской Федерации версии – RUS-AUDIT (Всемирная организация здравоохранения, 2021) и его сокращенной версии - RUS-AUDIT-S (Всемирная организация здравоохранения, 2021);

- скрининговый тест на вовлеченность в употребление алкоголя, табака и ПАВ (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ASSIST) (World Health Organization, 2010);

- метод ретроспективной оценки ежедневного объема потребления ПАВ, или «календарный метод» (TLFB) - подход, позволяющий изучать частотные и количественные характеристики потребления табачных изделий, алкоголя, наркотиков и любых других ПАВ в ходе индивидуальной беседы (Sobell L.C., Sobell M.B., 1992).

Метод использовался исключительно в группе индикативных профилактических вмешательств, поскольку любое количество ПАВ, употребляемых во время беременности, может нанести существенный вред беременной и плоду и негативно повлиять на исход беременности и родов. Была предпринята попытка провести углубленную качественную оценку уровней риска, связанных с потреблением наиболее распространенных ПАВ – никотина и алкоголя (этанола) обследованными женщинами с использованием метода TLFB. В процессе проведения клинического интервью, после обсуждения результатов теста ASSIST и даже в случае отрицательных ответов женщин на вопросы о курении или употреблении алкоголя задавались дополнительные уточняющие вопросы, ответы на которые психолог фиксировал на листе годового календаря. Например, в случае получения отрицательного ответа на вопрос об употреблении алкоголя женщиной в течение года мог быть задан следующий вопрос: «Вы не употребляли алкоголь в течение последних 12 месяцев. А по праздникам?». В случае получения положительного ответа уточнялись даты праздников, которые женщина отмечала – Новый год, 8 Марта, последние дни рождения самой женщины или членов ее семьи. Зачастую были получены ответы, отличающиеся от первоначальных вариантов ответов на вопросы теста ASSIST. Подобные различия женщины оправдывали следующим образом: «Ну кто же не пьет на Новый год?», «День рождения – это святое!», «Разве от бокала вина (шампанского, пива) может быть какой-нибудь вред?». На бланке календаря по методу TLFB фиксировались все даты потребления алкоголя с указанием количества, вида и крепости алкогольного напитка, повода употребления. С целью идентификации так называемого «слепого периода», когда потребление ПАВ еще не было прекращено и могло нанести вред плоду, отмечалась дата последней менструации, а также дата, когда женщина узнала о наступлении беременности и с ее слов прекратила или не прекратила употребление алкоголя.

Оценка эффективности программ профилактики проводилась с учетом произошедших с участницами исследования изменений в социально-демографической и социально-экономической сферах, а также частотно-

количественных характеристик потребляемых ПАВ в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективах.

4. *Клинический и лабораторный:*

Для объективизации результатов, полученных с использованием методов психометрии, анализировались значения не прямых биомаркеров, образующихся в результате длительного и систематического воздействия этанола на организм:

- аспартатаминотрансферазы (АСТ);
- аланинаминотрансферазы (АЛТ) в динамике в I, II и III триместрах беременности (соответственно АСТ - I, II и III; АЛТ - I, II и III).

Выборочно по назначению лечащего врача акушера-гинеколога и психиатра-нарколога в группе индикативных и в группе терапевтических и реабилитационных вмешательств для установления факта злоупотребления алкогольными напитками проводилось определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT).

Несмотря на то, что ни один из не прямых биомаркеров не обладает абсолютной чувствительностью и специфичностью, а ряд исследований указывают на возможность увеличения значений АЛТ и АСТ во время беременности (Binder A. et al., 2022; Ненастьева А.Ю., 2016, 2024), в группе индикативных профилактических вмешательств нами была предпринята попытка проанализировать комбинацию не прямых биомаркеров, превышение нормальных значений каждого из которых может свидетельствовать в пользу хронического употребления алкоголя в значительных количествах.

Для изучения влияния курения и употребления алкоголя на исход беременности и родов анализировались:

- данные акушерского анамнеза и акушерского диагноза;
- данные по состоянию новорожденного (показатели физического развития, соответствие критериям доношенности). Проводилась оценка состояния здоровья беременной женщины, сбор сведений о текущей беременности и выкопировка результатов проведенных биохимических исследований с целью объективной фиксации данных акушерского анамнеза и результатов отдельных биохимических исследований. Выборочно для установления факта употребления табачных изделий использовался иммунохроматографический экспресс-тест для

определения котинина (метаболита никотина) в моче, для установления факта употребления алкогольных напитков проводилось определение CDT.

5. Психокоррекционный или психотерапевтический: на основе проведенных психодиагностических исследований, включая определение частотно-количественных характеристик употребляемых ПАВ и оценку готовности к отказу от их потребления, был реализован этап психологической коррекции, медицинской и немедицинской (психологической) психотерапии с использованием мотивационного интервью и мотивационного консультирования, направленных на полный отказ от употребления никотинсодержащих изделий, алкогольных напитков, наркотических средств или на сокращение потребления никотина и алкоголя для небеременных лиц трудоспособного возраста, принявших решение продолжать их использование.

6. Пассивного и активного информирования: для участников исследования, отказавшихся от психокоррекционных и психотерапевтических вмешательств, был реализован метод пассивного и активного информирования о рисках, связанных с употреблением ПАВ. Особую значимость имел метод активного информирования, следующий после проведенных психодиагностических и скрининговых исследований, который включал недирективное и неосуждающее информирование участника исследования о персонифицированных рисках, связанных с выявленными социально-демографическими, клинико-психологическими, частотно-количественными характеристиками потребляемых ПАВ, ассоциированными с рисками формирования зависимости.

7. Статистический: анализ полученных данных проводился при помощи методов математической статистики с помощью программы SPSS-Statistics 26. Применялся расчет частотных таблиц, таблиц сопряженности, использование методов описательной статистики. С учетом специфики анализируемых переменных для выявления значимых различий между группами применялись статистические методы: сравнительный анализ (непараметрический критерий U-Mann-Whitney для независимых выборок); распределение по шкалам от нормального изучалось согласно критерию Колмогорова-Смирнова ($p \leq 0,001$); корреляционный анализ (критерий Пирсона); для выявления значимых различий в

частоте встречаемости наблюдений использовался критерий χ^2 . Для изучения взаимосвязей между значениями переменных и выявления скрытых переменных, отвечающих за наличие линейных статистических корреляций между наблюдаемыми переменными, применялся факторный анализ (метод главных компонент (Principal components) с последующим ортогональным вращением матрицы факторных нагрузок (метод «varimax normalized»). Статистический анализ частично проводился с использованием программы StatTech v. 4.5.0 (разработчик - ООО «Статтех», Россия). Прогностическая модель, характеризующая зависимость количественной переменной от факторов, разрабатывалась с помощью метода линейной регрессии. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. В статистическом пакете SPSS-Statistics проводились: оценка частоты встречаемости исследуемого признака при помощи критерия χ^2 ; оценка влияния факторов при помощи расчета отношения шансов (ОШ), данные представлены в виде ОШ и его доверительного интервала (ДИ) $\pm 95,5\%$. Величина $p \leq 0,05$ являлась критерием статистической достоверности результатов исследования. Анализ результатов статистической обработки представлен в параграфах - в табличном изложении, а также в виде корреляционных плеяд.

Статистическая достоверность результатов определялась вычисленным уровнем значимости, дающим вероятность ошибки при генерализации выводов. Максимально допустимая вероятность ошибки считалась на уровне значимости ($p = 0,05$, более высокая степень достоверности принималась на уровне значимости $p = 0,01$; $p = 0,001$; $p = 0,0001$). Дизайн и методы исследования, а также применяемые статистические методы были адекватны и соответствовали цели и задачам диссертационного исследования.

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ, СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Данные, полученные в каждой из обозначенных групп на предварительном (поисковом) этапе исследования, представлены в параграфе 4.1. Наиболее значимые выводы определили выбор диагностического инструментария и профилактических подходов для представленного в параграфе 4.2 основного этапа исследования, а совокупный анализ полученных эмпирических результатов, подтвержденных теоретико-методологическими данными, отражен в Главе 5.

4.1. Предварительный (поисковый) этап эмпирического исследования

Предварительный (поисковый) этап заключался в выборе наиболее отвечающих достижению цели и задач диссертационного исследования скрининговых инструментов и психометрических шкал, их апробации на четырех группах женщин с различными уровнями риска развития наркологических расстройств и анализе полученных результатов для формирования комплексного диагностического инструментария основного этапа исследования. Исследования проводились в четырех группах: 1) женщины репродуктивного возраста, беременные женщины и женщины, планирующие беременность (в качестве объекта универсальной профилактики); 2) женщины репродуктивного возраста, беременные женщины и женщины, планирующие беременность (в качестве объекта селективной профилактики); 3) женщины трудоспособного возраста, имеющие социально-психологические проблемы (в качестве объекта индикативной профилактики) и 4) женщины с проблемным употреблением ПАВ (в качестве объекта терапевтических и реабилитационных вмешательств) (рис. 5, табл. 10).

4.1.1. Апробация диагностических методов и превентивных подходов на уровне универсальных профилактических вмешательств

В предварительный этап исследования, направленный на изучение клинико-психологических, социально-психологических и социально-демографических факторов риска формирования зависимого поведения у женщин репродуктивного возраста в группе универсальных профилактических вмешательств, вошли 100 женщин репродуктивного возраста (Фадеева Е.В., Лановая А.М., 2023).

Социально-демографические характеристики выборки. Обследованные женщины находились в возрасте от 17 до 46 лет ($M=30,7$; $Me=31$; $SD=6,3$), из них в равных долях были женщины от 21 до 30 лет и женщины от 31 до 40 лет (по 46,0%). Больше половины женщин (52,0%) планировали беременность в будущем, 15,0% планировали беременность в ближайшие 12 месяцев, 5,0% женщин указали, что беременны в настоящий момент. Большинство женщин (78,0%) состояли в супружеских или партнерских отношениях, однако не имели детей (43,0%), имели высшее образование (63,0%) и были полностью заняты по основному месту работы (59,0%) (таблица 13).

Таблица 13 - Социально-демографические характеристики обследованных женщин (n=100)

Исследуемые характеристики		(n, %)
Возраст	< 20	4 (4,0%)
	21-30	45 (45,0%)
	31-40	45 (45,0%)
	> 41	6 (6,0%)
Репродуктивный статус	планируют беременность в будущем	52 (52,0%)
	не планируют беременность в будущем	33 (33,0%)
	беременны	5 (5,0%)
	воздержались от ответа	10 (10,0%)
Семейное положение	замужем	78 (78,0%)
	не замужем	19 (19,0%)
	разведена	13 (3,0%)
Число детей	нет	43 (43,0%)
	один	28 (28,0%)
	два	21 (21,0%)
	три и более	8 (8,0%)
Образовательный статус	высшее	63 (63,0%)
	незаконченное высшее	1 (1,0%)
	среднее профессиональное	24 (24,0%)
	среднее	8 (8,0%)
	незаконченное среднее	4 (4,0%)
Основной род занятий	полная занятость	59 (59,0%)
	работа на дому	12 (12,0%)
	ведение домашнего хозяйства	10 (10,0%)
	частичная занятость	8 (8,0%)
	учеба	6 (6,0%)
	не работают / декретный отпуск	5 (5,0%)

Употребление алкоголя обследованными женщинами и отношение к его употреблению во время беременности. С целью анализа осознанного отношения к репродуктивному здоровью, планированию беременности и отказу от употребления алкоголя до ее наступления женщинам задавались вопросы в отношении употребления алкоголя в течение жизни и в течение последних 12 месяцев (таблица 14).

Таблица 14 - Результаты оценки рисков, связанных с употреблением алкоголя, у женщин с разным репродуктивным статусом

	Небеременные женщины репродуктивного возраста (n=70; %)	Женщины, не указавшие свой репродуктивный статус (n=25; %)	Беременные женщины (n=5; %)
Употребление алкоголя хотя бы раз в жизни	65 (92,9%)	22 (88,0%)	5 (100%)
Употребление алкоголя хотя бы раз за последние 12 месяцев	47 (67,1%)	11 (44,0%)	4 (80,0%)
Уровни риска по тесту RUS-AUDIT-S			
Относительно низкий риск	52 (74,3%)	19 (76,0%)	3 (60,0%)
Опасное употребление алкоголя	14 (20,0%)	6 (24,0%)	2 (40,0%)
Пагубное употребление алкоголя	1 (1,4%)	-	-
Риск возможной алкогольной зависимости	3 (4,3%)	-	-

На вопрос об употреблении спиртных напитков в течение жизни большинство женщин ответили, что имели подобный опыт, положительный ответ на вопрос об употреблении алкоголя в течение последних 12 месяцев дали 67,1% небеременных женщин, 44,0% женщин, не указавших свой репродуктивный статус, и 80,0% беременных, что представляется достаточно рискованной моделью поведения для данной группы. Несмотря на имеющийся опыт употребления алкоголя, только у небеременных женщин были получены результаты, указывающие на высокий риск пагубного употребления и зависимости от алкоголя (в 1,4% и в 4,3% соответственно). Тем не менее опасная модель потребления была определена у 20,0% небеременных женщин, 24,0% женщин, не указавших свой репродуктивный статус, и 40,0% беременных. Было выявлено, что среди женщин, в чьем ближайшем круге присутствовали употребляющие алкоголь беременные, значимо чаще определялся низкий риск возникновения алкогольной зависимости (89,1%). Однако для 10,9% женщин, имеющих среди близких друзей женщин, употребляющих алкоголь во время беременности, было характерно опасное употребление алкоголя, а также риск формирования алкогольной зависимости ($p < 0,01$).

Осведомленность о ФАС. В рамках исследования задавался вопрос о потенциальных вредных последствиях для плода, связанных с употреблением

алкоголя женщиной во время беременности. Подавляющее большинство опрошенных женщин (95%) знали о том, что употребление алкоголя во время беременности может нанести вред будущему ребенку, однако слышали о ФАС только 25%, что указывает на недостаточную их осведомленность о реальных последствиях пренатального воздействия этанола на плод. При анализе значимости активного информирования женщин о ФАС (беседы с медицинским работником, посещение специализированных курсов) было выявлено, что многие из женщин, которые регулярно посещали врача, были более осведомлены о риске формирования у плода физических нарушений в случае употребления алкоголя в течение беременности ($p \leq 0,05$) (таблица 15).

Таблица 15 - Источники осведомленности о вредных последствиях употребления алкоголя во время беременности для плода у женщин

	Источник информирования о здоровье - личные беседы с врачом или иным медицинским работником	Другие источники информирования о здоровье	p
Осведомленность о том, что употребление алкоголя приводит к формированию у ребенка физических нарушений			
Осведомлены (n, %)	22 (30,1%)	3 (11,1%)	0,051
Не осведомлены (n, %)	51 (69,9%)	24 (88,9%)	

Среди тех участниц опроса, кто признавал важность посещения курсов для беременных, также статистически чаще встречались положительные ответы об их осведомленности о вредных последствиях употребления алкоголя во время беременности для плода ($p < 0,01$).

Резюмируя параграф, посвященный диагностическим подходам на универсальном уровне профилактики употребления ПАВ, можно отметить, что:

1) Скрининг с использованием краткого валидизированного и адаптированного для России теста RUS-AUDIT-S показал его доступность и применимость к использованию в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология», при выявлении рисков проблемного использования алкогольных напитков среди женщин трудоспособного возраста с различным репродуктивным статусом.

2) Результаты скрининга с использованием теста RUS-AUDIT-S показали, что у 74% опрошенных женщин был выявлен относительно низкий риск возникновения проблем, связанных с употреблением алкоголя, у 14% - опасное употребление алкоголя, у 3% - риск возможной алкогольной зависимости. Наибольшую обеспокоенность вызывают результаты теста RUS-AUDIT-S в группе беременных женщин: 27,6% (или 8% от общего числа обследованных женщин) продолжали употреблять алкогольные напитки во время беременности, что подтверждает необходимость осуществления программ профилактики рискованного употребления алкоголя среди женщин репродуктивного возраста в целом и в группе беременных женщин в частности, включая предупреждение фетального алкогольного синдрома как одного из наиболее тяжелых исходов беременности с алкогольной экспозицией.

3) Анализ эффективности пассивных и активных источников информирования женщин о вредных последствиях употребления алкоголя во время беременности показал, что наиболее значимыми для женщин источниками данной информации являются беседы с врачом или медицинским работником, что позволяет эффективно осуществлять мероприятия по профилактике опасного и вредного употребления алкоголя во время беременности и ФАС в медицинских организациях, оказывающих помощь по профилю «акушерство-гинекология».

4) Полученные на данном этапе эмпирического исследования результаты указывают на сохраняющуюся необходимость совершенствования мероприятий, направленных на предупреждение употребления алкогольных напитков среди широких групп населения, в том числе беременными и женщинами, планирующими беременность. При этом активное информирование о вредных последствиях потребления алкоголя и проблемах развития детей, подвергшихся внутриутробному воздействию этанола, реализуемое в практической работе работниками здравоохранения, является значимым источником знаний о здоровье для женщин, обращающихся за медицинской помощью (Фадеева Е.В., Лановая А.М., 2023).

4.1.2. Апробация диагностических методов и превентивных подходов на уровне селективных профилактических вмешательств

Данный этап предварительного исследования был закономерно связан с предыдущим, поскольку после получения результатов о низкой осведомленности женщин репродуктивного возраста о вредных последствиях употребления алкоголя во время беременности, высокой распространенности потребления алкоголя среди женщин репродуктивного возраста и достаточным уровнем доверия к медицинским работникам требовалось подробное изучение частотно-количественных характеристик потребляемых ПАВ. Этап был реализован с целью изучения распространенности курения и потребления алкоголя среди женщин с разным репродуктивным статусом – небеременных женщин репродуктивного возраста, беременных женщин и родильниц, а также понимания перспектив внедрения метода скрининга и мотивационного консультирования в работу организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство-гинекология» (Фадеева Е.В., 2024а).

Основные характеристики выборки. Всего на этапе апробации диагностических методов и превентивных подходов на уровне селективных профилактических вмешательств были обследованы 286 женщин в возрасте от 17 до 55 лет ($M=33,4$; $Me=32$; $SD=9,8$), из них 157 небеременных женщин репродуктивного возраста (средний возраст $37,5 \pm 10,1$ года), 121 беременная женщина и 8 родильниц. Средний возраст беременных женщин, обратившихся к врачу акушеру-гинекологу, составил $28,2 \pm 5,8$ лет, а средний срок гестации – $15,6 \pm 10,4$ недели. На первом триместре беременности – с 1 по 13 неделю – было 74 женщины со средним сроком гестации $8,6 \pm 1,9$ недели, для большинства причиной обращения к врачу акушеру-гинекологу являлась постановка на учет по беременности. На втором триместре – с 14 по 27 неделю – 23 женщины со средним сроком гестации $19,4 \pm 3,8$ недели, для большинства причиной обращения к врачу акушеру-гинекологу являлся плановый осмотр. На третьем триместре – с 28 недели до родов – 24 женщины со средним сроком гестации $34,0 \pm 4,2$ недели, причиной обращения к врачу акушеру-гинекологу являлся плановый осмотр, к медицинскому психологу – подготовка к родам. Средний возраст родильниц составил $29,1 \pm 7,8$ лет,

причиной консультации медицинского психолога являлась рекомендация лечащего врача акушера-гинеколога (таблица 16).

Таблица 16 - Социально-демографические характеристики обследованных женщин (n=286)

Изучаемые характеристики		(n, %)
Возраст	< 20	21 (7,3%)
	21-30	106 (37,1%)
	31-40	101 (35,3%)
	> 41	58 (20,3%)
Репродуктивный статус	не беременны	157 (54,9%)
	беременные женщины (I триместр)	74 (25,9%)
	беременные женщины (II триместр)	24 (8,4%)
	беременные женщины (III триместр)	23 (8,0%)
	родильницы	8 (2,9%)

Частотно-количественные показатели употребления никотинсодержащей продукции и алкоголя.

Женщины репродуктивного возраста. У 91 женщины (58,0% от общего числа небеременных женщин) имелся опыт курения в течение жизни, курили в последние 12 месяцев 83 женщины (52,9%). Все женщины использовали традиционные сигареты. Количество сигарет, выкуриваемых женщинами в течение года, составило от 40 до 1 штуки ($M=16,1$; $SD=6,5$), к моменту исследования частота курения в среднем осталось на прежнем уровне - от 40 до 1 штук ($M=14,0$; $SD=7,4$). Значительно реже стали курить 7 женщин, 5 женщин – немного реже, 2 женщины – чаще, 4 женщины полностью прекратили курение в течение последнего года, остальные продолжали курить с привычной частотой. Из 157 женщин репродуктивного возраста 42 (26,8%) имели опыт потребления алкоголя в течение жизни, 34 (21,7%) сообщили, что употребляли алкоголь в течение последних 12 месяцев, 33 женщины согласились ответить на вопросы теста RUS-AUDIT. Всем 34 женщинам, которые положительно ответили на вопрос о потреблении алкоголя в течение последнего года, была предоставлена информация о вредных последствиях употребления алкоголя на психическое и физическое здоровье, сферу социального функционирования и межличностных отношений, а также о недопустимости употребления любого количества алкоголя при планировании и во время беременности; 2 женщины согласились на сессию мотивационного консультирования.

Беременные женщины, I триместр. Из 74 женщин, находившихся на первом триместре беременности, у 58 имелся опыт курения в течение жизни, курили в последние 12 месяцев 49 женщин, из них 28 женщин продолжали курить на момент обследования, 21 - отказались от курения во время беременности. Все женщины использовали традиционные сигареты. Количество сигарет, выкуриваемых ими в течение года, составило от 20 до 8 штук ($M=15,2$; $SD=4,3$), к моменту исследования сократилось от 10 до 3 штук ($M=7,0$; $SD=3,2$). Значительно реже стали курить 14 женщин из 26, 11 женщин – немного реже, 1 женщина продолжила курить с привычной частотой. 19 женщин имели опыт потребления алкоголя в течение жизни, 10 сообщили, что употребляли алкоголь в течение последних 12 месяцев, 5 - в течение беременности. 9 женщин согласились ответить на вопросы теста RUS-AUDIT.

Беременные женщины, II триместр. Из 24 женщин, находившихся на втором триместре беременности, у 17 имелся опыт курения в течение жизни, курили в последние 12 месяцев все 17 женщин, из них 12 продолжали курить в настоящий момент, 5 женщин отказались от курения во время беременности. Все женщины использовали традиционные сигареты. Количество сигарет, выкуриваемых женщинами в течение года, составило от 20 до 10 штук ($M=15,4$; $SD=4,5$), к моменту исследования сократилось от 10 до 3 штук ($M=7,8$; $SD=2,6$). Значительно реже стали курить 8 женщин из 12, 2 женщины – немного реже, 2 женщины продолжили курить с привычной частотой. Из 23 женщин, находившихся на втором триместре беременности, у 7 женщин имелся опыт потребления алкоголя в течение жизни, 6 сообщили, что употребляли алкоголь в течение последних 12 месяцев, но ни разу в течение беременности.

Беременные женщины, III триместр. Из 23 женщин, находившихся на третьем триместре беременности, у 21 имелся опыт курения в течение жизни, курили в последние 12 месяцев 19 женщин, из них 17 продолжали курить на момент исследования. В большинстве случаев женщины использовали традиционные сигареты, одна – использовала стики IQOS. Количество сигарет, выкуриваемых в течение года, составило от 30 до 6 штук ($M=14,9$; $SD=6,0$), к моменту исследования сократилось от 20 до 1 штуки ($M=6,8$; $SD=5,5$). Значительно реже стали курить 9

женщин из 19, 4 женщины – немного реже, 4 – продолжили курить с привычной частотой, 2 женщины полностью отказались от курения в течение беременности. 7 женщин согласились ответить на краткие вопросы в отношении потребления алкоголя: у всех имелся опыт потребления алкоголя в жизни, 4 сообщили, что употребляли алкоголь в течение последних 12 месяцев, но ни разу в течение беременности.

Родильницы. Из 8 женщин согласились пройти скрининг с использованием теста Фагерстрема 7 женщин, одна отказалась. Все 7 женщин продолжали курить в течение беременности и планируют продолжать потребление никотинсодержащей продукции после выписки из родильного отделения. В большинстве случаев женщины использовали традиционные сигареты, две женщины комбинировали использование сигарет с IQOS или вейпом. Количество сигарет (стиков), выкуриваемых женщинами в течение года, составило от 20 до 1 штуки ($M=11,3$; $SD=8,2$), к моменту исследования осталось в среднем на том же уровне от 20 до 2 штук ($M=9,0$; $SD=7,2$): 4 женщины стали курить немного реже, 1 женщина продолжала курить с привычной частотой, 2 женщины прекратили потребление во II триместре беременности. Из 8 женщин, находившихся в послеродовом отделении, 2 женщины ответили, что у них в жизни имелся опыт потребления алкоголя, и обе согласились ответить на вопросы теста RUS-AUDIT. У них был определен «относительно низкий риск возникновения проблем, связанных с употреблением алкоголя», однако им была предоставлена информация о недопустимости употребления любого количества алкоголя во время беременности и грудного вскармливания, а также о вредных последствиях употребления алкоголя на психическое и физическое здоровье, сферу социального функционирования и межличностных отношений; от мотивационного консультирования все женщины отказались.

Результаты мотивационного консультирования. После скрининга с 41 женщиной были проведены сессии мотивационного консультирования. С небеременными женщинами - 17 мотивационных консультаций: 13 по отказу от курения и 4 по отказу от потребления алкоголя; 4 консультации были повторными. С беременными женщинами было проведено 24 консультации исключительно на

тему сокращения или отказа от потребления никотинсодержащей продукции. Оценка мотивации к отказу от употребления никотинсодержащей продукции и алкогольных напитков показала отсутствие мотивации к изменению поведения у 9 курящих женщин и у 3 женщин, употребляющих алкоголь, из них по опроснику готовности к изменениям RCQ у 11 женщин был определен этап сопротивления изменениям, подготовки к изменениям - у одной женщины. Слабая мотивация к изменениям была определена у 12 курящих женщин и 1 женщины, употреблявшей алкоголь, из них у 4 женщин был определен этап сопротивления изменениям, у 2 – обдумывания изменений, у 2 – подготовки к изменениям, у 5 – действия. Сильная мотивация к изменению поведения была определена у 16 курящих женщин, из них одна женщина не находилась на стадии сопротивления изменениям, 6 находились на стадии обдумывания изменений, 1 – на стадии подготовки к изменениям, 7 – на стадии действия, 2 – на стадии сохранения изменений.

Среди женщин, употреблявших алкоголь в течение последних 12 месяцев отмечалось либо отсутствие мотивации к отказу от потребления, либо слабый уровень мотивации. При этом все женщины с высоким уровнем мотивации сообщили, что не употребляли алкоголь ни разу за последний год (таблица 17).

Таблица 17 - Сила мотивации к отказу от потребления алкоголя в зависимости от наличия опыта его употребления в течение последних 12 месяцев

Потребление алкоголя в последние 12 месяцев	Отсутствие мотивации или слабая мотивация n (%)	Сильная мотивация n (%)	p
Употребляли	6 (28,6%)	0 (0%)	0,028*
Не употребляли	15 (71,4%)	14 (100,0%)	

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$

Изучение взаимосвязи между уровнем мотивации к отказу от потребления алкоголя и стадиями цикла изменений позволило выявить значимую прямую корреляцию между данными показателями ($r=0,657$, $p \leq 0,001$). Таким образом, женщины, имевшие сильную мотивацию к отказу от потребления алкоголя, находились на более «продвинутых» этапах цикла изменений, что представляется вполне очевидным результатом.

Полученные данные об опыте курения в течение жизни у 58,0% обследованных небеременных женщин и 80,6% беременных, курении в последние 12 месяцев (52,9% и 72,7% соответственно), а также во время текущей беременности у 49,2% женщин исключительно высоки и не соответствуют данным популяционных российских исследований (Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака, 2016), а скорее характеризуют условия комплектования выборки специалистами, так как пройти скрининг на употребление табачных изделий, а также последующее мотивационное консультирование врачи акушеры-гинекологи и медицинские психологи предлагали не всем женщинам, а тем, у кого отмечались любые признаки патологии беременности.

При этом были получены прямо противоположные данные по опыту и частоте потребления алкоголя во всех обследованных группах. Среди небеременных и беременных женщин распространенность потребления алкоголя как в течение жизни (26,8% и 27,1% соответственно), так и в течение последних 12 мес. (21,7% и 17,1% соответственно), а также во время текущей беременности (у 3,9% женщин) была крайне низкой. Эти результаты вызывали сомнения в достоверности сообщаемой женщинами информации в отношении потребления алкоголя и не согласуются с данными популяционных исследований (Global status report on alcohol and health, 2018, 2024) и мета-анализа (Popova S., Lange S., et al., 2017). Полученный результат может быть объяснен только отказом обсуждать темы, связанные с потреблением алкоголя, сокрытием наличия опыта и реальных частотно-количественных характеристик потребляемого алкоголя из опасений осуждения врачом или боязни социальных последствий. В качестве примера может быть приведен один из случаев настоящего исследования, вынесенный на супервизию. Среди 8 родильниц одна из женщин, отказавшаяся от скрининга на табак и алкоголь и обсуждения тем, связанных с потреблением ПАВ, была доставлена в перинатальный центр бригадой скорой медицинской помощи и службы спасения, так как преждевременные роды произошли в коллекторе теплосети. Несмотря на то, что были получены положительные предварительные и подтверждающие результаты ХТИ на наркотики (амфетамины), обратиться за

получением специализированной (наркологической) медицинской помощи женщина категорически отказалась, не признавая факта потребления наркотиков или использования других ПАВ. В отношении данной женщины было применено судебное решение, ограничивающее ее в родительских правах.

Полученные нами взаимосвязи по результатам теста Фагерстрема и теста RUS-AUDIT с возрастом, сроком беременности и уровнем мотивации позволили отметить следующее: более высокие баллы, характеризующие тяжесть никотиновой зависимости, были положительно связаны с возрастом ($r=0,151$, $p \leq 0,05$) и сроком беременности ($r=0,196$, $p \leq 0,05$), хотя корреляция отмечалась достаточно слабая. Вероятно, данный результат связан с устоявшейся привычкой курения, продолжавшейся и в период беременности. На уровне тенденции была выявлена обратная взаимосвязь между результатами по тесту Фагерстрема и уровнем мотивации к отказу от потребления алкоголя ($r = - 0,391$, $p=0,098$). Это может говорить том, что слабая мотивация связана с более высокими показателями никотиновой зависимости (таблица 18).

Таблица 18 - Корреляции между результатами по тестам Фагерстрема и RUS-AUDIT с возрастом, сроком беременности и мотивацией к отказу от курения и потребления алкоголя

Показатели	Тест Фагерстрема	RUS-AUDIT
Возраст	0,151*	0,171**
Срок беременности	0,196*	0,032
Мотивация к отказу от потребления алкоголя	-0,391 $p=0,098$	-0,316*

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$; ** – уровень значимости $p \leq 0,01$

Резюмируя параграф, посвященный апробации диагностических инструментов и превентивных вмешательств на селективном уровне профилактики употребления ПАВ, можно отметить следующее:

1) Обследованные женщины группы селективной профилактики не испытывали никаких барьеров при обсуждении своего курительного поведения, а часть женщин согласилась на участие в сессиях мотивационного консультирования по сокращению или отказу от потребления никотинсодержащей продукции, что указывает на высокий уровень доверия к медицинским работникам.

2) При этом был определен крайне высокий уровень распространенности курения как среди небеременных, так и среди беременных женщин на различных сроках гестации, что объясняется не столько распространенностью использования никотинсодержащей продукции среди женщин Нижегородской области, сколько условиями комплектования выборки исследования специалистами, которые проводили скрининг женщинам репродуктивного возраста с признаками акушерской или гинекологической патологии или с резким запахом никотина.

3) Оценка распространенности потребления алкоголя женщинами репродуктивного возраста, наоборот, продемонстрировала исключительно низкие значения по всем изучаемым показателям – наличие опыта потребления алкоголя в течение жизни, потребление в течение последних 12 месяцев и потребление на момент обследования, включая потребление в течение настоящей беременности. Данный факт не может характеризовать ситуацию с распространенностью потребления алкоголя женщинами репродуктивного возраста как благополучную, а скорее говорит о сокрытии реальных масштабов потребления из боязни осуждения со стороны лечащего врача или социальных последствий, связанных с потреблением. Женщины крайне неохотно соглашались на проведение скрининга и лишь незначительное число женщин согласилось на сессию мотивационного консультирования по отказу или сокращения потребления алкогольных напитков.

4) Крайне малое количество женщин, прошедших сессии мотивационного консультирования, с нашей точки зрения, указывает с одной стороны на высокий уровень сокрытия реального количества потребляемого алкоголя из-за боязни осуждения со стороны медицинских работников, а с другой стороны - на недостаточную осознанность проблем, связанных с потреблением данных видов ПАВ.

5) Использование метода скрининга и мотивационного консультирования направлено: на раннее выявление лиц с рискованным и вредным потреблением табачных изделий и алкогольных напитков; предоставление им обоснованной и персонализированной информации о вреде употребления; что в ряде случаев способствует изменению поведения, связанного с потреблением ПАВ. Таким

образом опыт внедрения метода скрининга и мотивационного консультирования в работу организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство-гинекология» в Нижегородской области, показал необходимость усиления профилактической работы как в отношении курения, так и в отношении употребления алкоголя. Из аспектов, которые позволят повысить эффективность скрининговых и мотивационных вмешательств, следует отметить целесообразность усиления доверительных отношений между женщиной и ее лечащим врачом, а также привлечение к работе супругов и партнеров женщин, которые смогут не только скорректировать сообщаемые женщиной сведения, но и совместно с ней отказаться или сократить частотно-количественные характеристики потребляемых ПАВ (Фадеева Е.В., 2024а).

4.1.3. Апробация диагностических методов и превентивных подходов на уровне индикативных профилактических вмешательств

Апробация диагностических методов и превентивных подходов на уровне индикативных профилактических вмешательств проводилась в форме сравнительного изучения распространенности употребления алкоголя среди женщин трудоспособного возраста и среди женщин из уязвимых групп населения в Республике Хакасия (Фадеева Е.В. и соавт., 2021). Этап включал диагностические и профилактические направления деятельности: 1) выявление уровня риска злоупотребления алкоголем в обеих группах женщин; и 2) проведение краткого мотивационного консультирования с формированием навыков ответственного поведения, направленного на сохранение здоровья и изменение поведенческих стереотипов в отношении употребления алкоголя (таблица 10).

Социально-демографические характеристики женщин, обследованных на рабочих местах. Девушки и женщины, работающие в различных организациях на территории Республики Хакасия, были одной из двух целевых групп населения, с которыми были реализованы диагностические и профилактические мероприятия на уровне индикативных вмешательств. Во время реализации проекта с

женщинами, работающими в трех медицинских организациях, нескольких библиотеках и в учреждениях торговли, без отрыва от производства был проведен тест AUDIT и при необходимости - мотивационное консультирование. Всего в скрининговых мероприятиях приняли участие 202 женщины, возраст участниц составил $43,3 \pm 10,3$ года ($M \pm SD$). Большая часть женщин (94,1%) была трудоспособного возраста от 20 до 60 лет. Результаты скрининга и мотивационного консультирования представлены на рис. 6 и в таблице 19.

Социально-демографические характеристики женщин, обследованных в отделениях Красного Креста. Девушки и женщины, обратившиеся за социально-психологической помощью в местные отделения Хакасского республиканского отделения Российского Красного Креста (РКК), были второй из двух целевых групп населения, с которыми были реализованы диагностические и профилактические мероприятия на индикативном уровне вмешательств. Всего в тестировании приняли участие 489 женщин, возраст которых составил $36,8 \pm 10,2$ года ($M \pm SD$). Большая часть женщин (94,1%) была трудоспособного возраста от 20 до 60 лет. Результаты скрининга и мотивационного консультирования представлены на рис. 6 и в таблице 19.

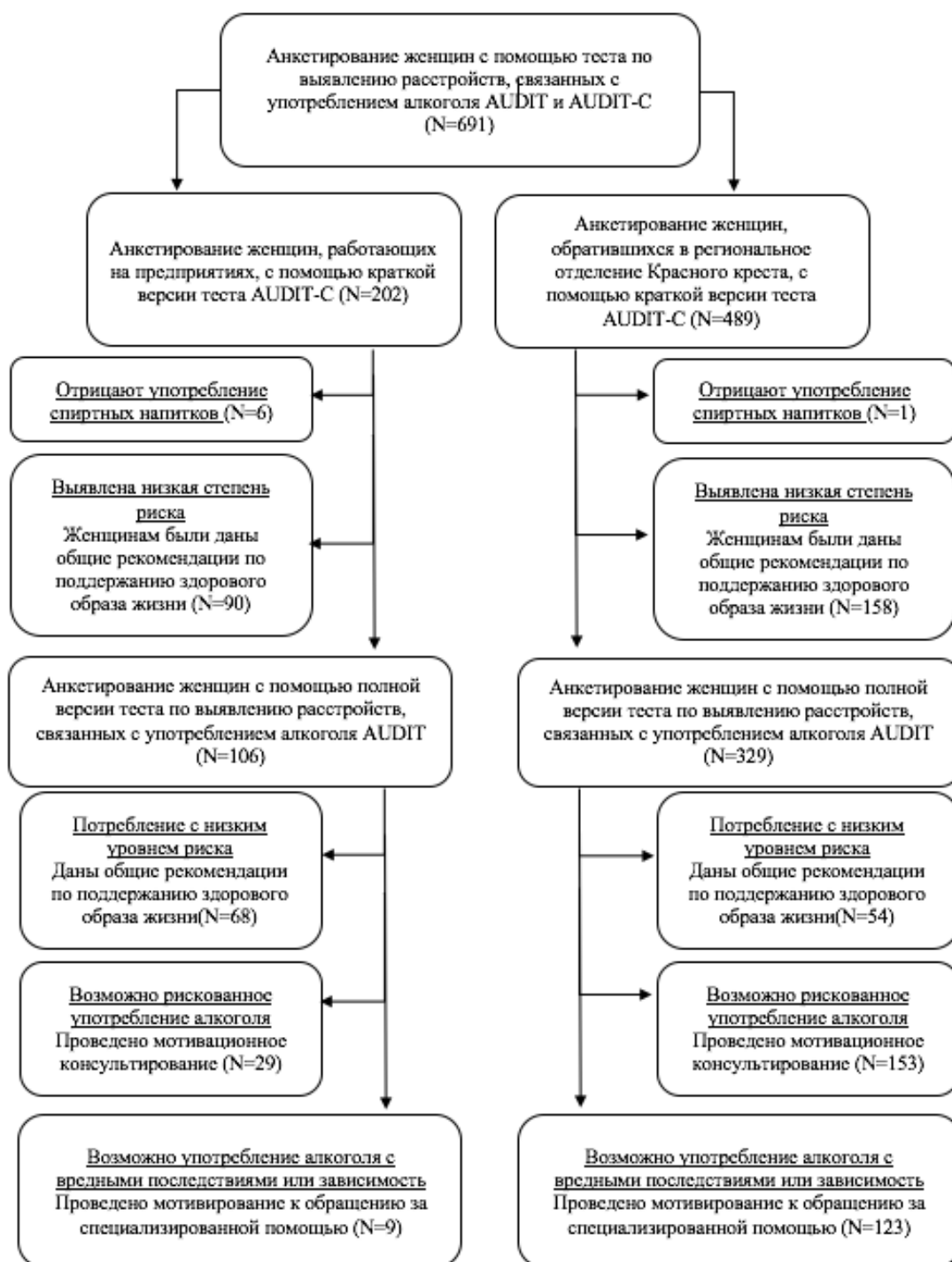


Рисунок 6 - Результаты диагностических и профилактических мероприятий в обеих группах обследуемых женщин

Таким образом, в диагностических (скрининговых) и последующих профилактических мероприятиях, направленных на выявление расстройств, связанных с употреблением алкоголя, среди девушек и женщин республики Хакасия приняли участие 691 девушка и женщина, в том числе: 202 женщины, прошедшие тест AUDIT и мотивационное консультирование без отрыва от производства на рабочих местах, и 489 женщин, прошедших тест AUDIT и

мотивационное консультирование в РКК. Как можно наблюдать (рис. 6 и таблица 19), для большинства женщин, прошедших анкетирование на рабочих местах, было характерно употребление алкоголя с низкой степенью риска (78,2%). Иные тенденции можно было наблюдать среди женщин, обратившихся за социально-психологической помощью в местные отделения РКК, где распространенность употребления алкоголя с низкой степенью риска была меньше (43,4%), а рискованное потребление алкоголя (31,3%), употребление алкоголя с вредными последствиями (10,6%) или зависимость от алкоголя (14,5%) - значительно выше. Более детально данные различия представлены в таблице 19.

Таблица 19 - Сравнительные характеристики женщин, прошедших скрининг

	Женщины, прошедшие скрининг на рабочих местах (n=202)	Женщины, прошедшие скрининг в отделениях РКК (n=489)	Статистическая значимость различий между группами
Возраст	43,3 ± 10,3 года	36,8 ± 10,2 года	
Отрицают употребление спиртных напитков (0 баллов)	3%	0,2%	p=1
Низкая степень риска развития проблем, связанных с потреблением алкоголя (от 1 до 7 баллов)	78,2%	43,4%	p=0,076
Рискованное потребление алкоголя (от 8 до 15 баллов)	14,4%	31,3%	p=0,022*
Употребление алкоголя с вредными последствиями (от 16 до 19 баллов)	2,5%	10,6%	p=0,537
Высокая вероятность алкогольной зависимости (от 20 и более баллов)	2%	14,5%	p=0,759

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$

Использование методов математической статистики позволило выявить значимые различия ($p \leq 0,05$) по результатам теста AUDIT между двумя группами женщин. У женщин, прошедших анкетирование на рабочих местах, статистически реже выявляется рискованное употребление алкоголя, чем у женщин, прошедших анкетирование в местных отделениях РКК. На уровне тенденции выявлены статистические различия ($p=0,076$) между группами: в группе женщин, прошедших анкетирование на рабочих местах, достоверно чаще диагностируются более низкие

баллы по тесту AUDIT, соответствующие низкой степени риска развития проблем, связанных с потреблением алкоголя, чем у женщин, прошедших анкетирование в отделениях РКК.

Резюмируя параграф, посвященный диагностическим подходам и индикативным методам профилактики употребления ПАВ, можно отметить следующее:

1) Для большинства женщин, прошедших анкетирование на рабочих местах, было характерно употребление алкоголя с низкой степенью риска (78,2%), однако, по нашему мнению, в этой группе были обнаружены женщины, которые употребляют алкогольные напитки редко, но в больших объемах, что также может приводить к развитию острых и хронических заболеваний, а также к негативным экономическим, социальным и психологическим последствиям. Для меньшего числа женщин было свойственно рискованное употребление алкоголя (14,4%), употребление алкоголя с риском формирования вредных последствий (2,5%) или риском формирования зависимости от алкоголя (2%).

2) В группе женщин, обратившихся за социально-психологической помощью в местные отделения РКК, распространенность употребления алкоголя с низкой степенью риска была ниже (43,4%), а рискованное потребление алкоголя (31,3%), употребление алкоголя с риском формирования вредных последствий (10,6%) или риском формирования зависимости от алкоголя (14,5%) были значительно выше.

3) В группе женщин, прошедших анкетирование на рабочих местах, была обнаружена обратная связь на высоком уровне значимости ($p \leq 0,01$) между показателями возраста и количеством набранных баллов по тесту AUDIT. Чем выше был возраст женщины, тем ниже был полученный ею балл. Статистически значимые связи ($p \leq 0,05$) по аналогичному показателю были получены в том числе и в группе женщин среднего возраста (от 21 до 59 лет), прошедших анкетирование на рабочих местах.

4) В группе женщин, прошедших анкетирование в местных отделениях Красного Креста, были обнаружены обратные корреляционные связи. Была выявлена статистически достоверная прямая связь ($p \leq 0,05$) между показателями

возраста и количеством набранных баллов по тесту AUDIT - чем меньше был возраст женщины, тем ниже был полученный ею балл.

5) Выявленные различия, касающиеся частотно-количественных моделей употребления и связанных с употреблением алкоголя вредных последствий в обследованных группах женщин, могли объясняться различным социально-психологическими и социально-демографическими характеристиками, что требует подробного изучения данных предикторов аддиктивного поведения.

6) Важным профилактическим аспектом для женщин обеих групп являлось проведение мотивационного консультирования или мотивирование к обращению за специализированной (наркологической) медицинской помощью. Мотивационное консультирование как один из методов профилактической работы в рамках гендерно специфичного подхода к профилактике аддиктивного поведения вносил вклад в предотвращение развития неблагоприятных форм зависимости от алкоголя для девушек и женщин в будущем. Вовремя проведенный скрининг и мотивационное консультирование позволяли не только своевременно выявить, но и предотвратить возможные риски и психосоциальные последствия, которые имели место или могли наступить в связи со злоупотреблением алкоголем (Фадеева Е.В. и соавт., 2021).

4.1.4. Апробация диагностических методов и превентивных подходов на уровне терапевтических и реабилитационных вмешательств

Апробация диагностических методов и превентивных подходов на уровне терапевтических и реабилитационных вмешательств проводилась среди пациентов с проблемным употреблением алкоголя и других ПАВ или с зависимостью от их употребления в фиксированные временные промежутки, определяемые последовательной сменой этапов лечебно-реабилитационного процесса (ЛРП) и взаимосвязанные с изменениями в психическом статусе и соматическом состоянии пациента. Первое мотивационное интервью небольшой продолжительности проводилось на раннем этапе лечебно-реабилитационного процесса после стабилизации состояния пациентов, поступивших в стационар; второе

мотивационное консультирование проводилось на восстановительном этапе или по окончании полного курса лечения; третье – на стабилизирующем этапе при прохождении курса медицинской реабилитации. Дизайн исследования представлен на рис. 7.

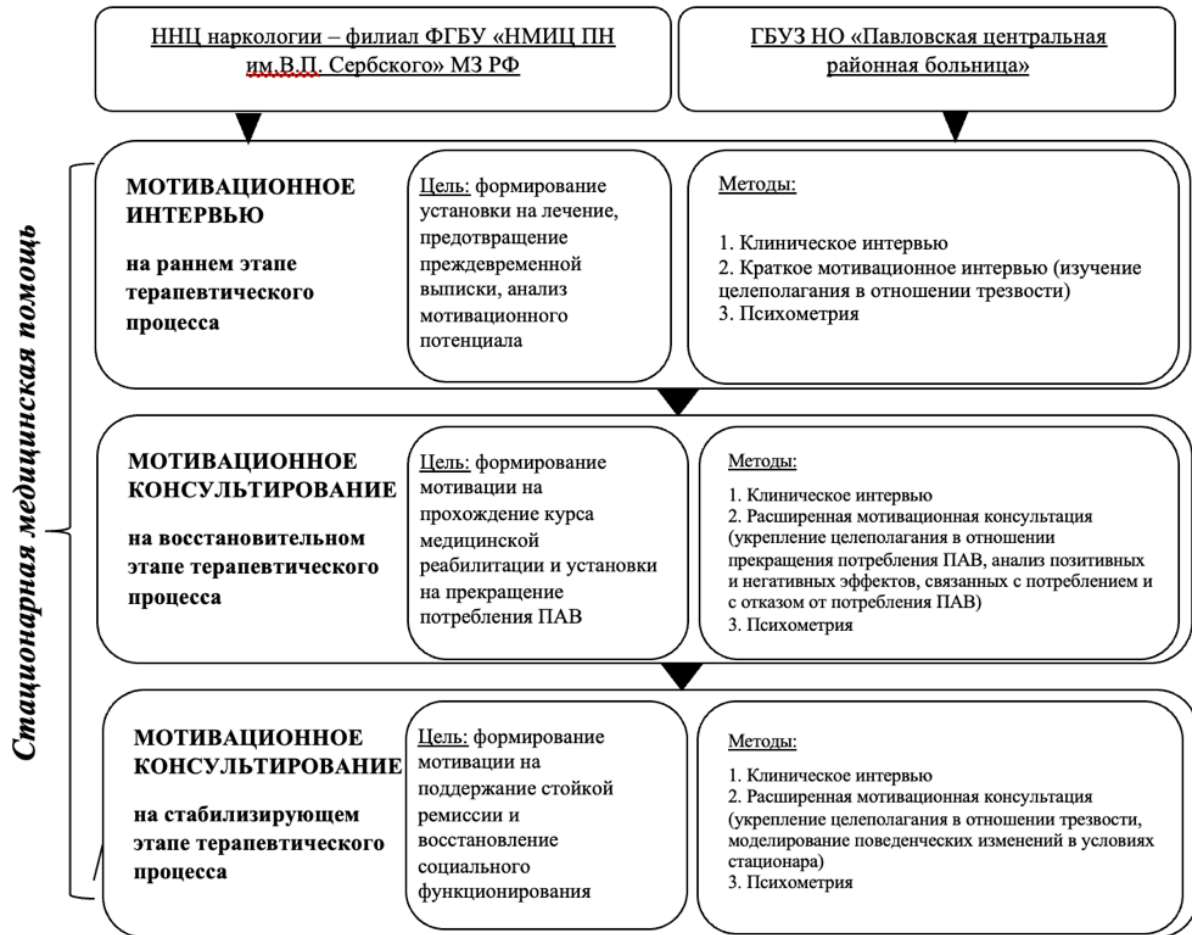


Рисунок 7 - Дизайн этапов исследования по изучению изменения мотивации к сохранению трезвости у пациентов с наркологическими заболеваниями

При анализе результатов психометрических исследований оценивалась динамика изучаемых аспектов мотивации, личностных особенностей и психоэмоциональных характеристик (Фадеева Е.В., Лановая А.М., 2024а; Фадеева Е.В., Лановая А.М., 2024б).

Социально-демографические характеристики выборки. При апробации диагностических методов и превентивных подходов на уровне терапевтических и реабилитационных вмешательств были обследованы 226 пациентов: 163 мужчины (72,1%) и 63 женщины (27,9%) с наркологическими расстройствами. Из обследованной выборки 140 пациентов (61,9%; 104 мужчин и 36 женщин) имели

диагноз алкогольная зависимость (F10.x; МКБ-10); 86 пациентов (38,1%; 59 мужчин и 27 женщин) – зависимость от других ПАВ: из них 20 пациентов (8,9%; 13 мужчин и 7 женщин) – зависимость от опиоидов (F11.x; МКБ-10), 5 пациентов мужского пола (2,2%) – зависимость от других стимуляторов (F15.x; МКБ-10); 61 пациент (26,9%; 41 мужчина и 20 женщин) – психические и поведенческие расстройства, вызванные сочетанным употреблением наркотиков и других ПАВ (F19.x; МКБ-10). Средний возраст пациентов составил $39,87 \pm 9,8$ года. Полное высшее профессиональное образование было у 48,6% пациентов, среднее профессиональное образование – у 32,4%, общее среднее образование – у 11,1%. 36,5% не работали, для 57,5% была характерна полная занятость, 3,5% занимались ведением домашнего хозяйства или работой на дому, 2,5% были учащимися. На вопрос о семейном положении 42,4% пациентов сообщили, что на момент госпитализации они не состояли в супружеских отношениях, 57,6% находились в официальном браке или проживали совместно с партнером. Продолжительность госпитализации для обследованных пациентов составила от 5 до 113 дней ($M=29,2$; $SD=19,9$), из них для пациентов с алкогольной зависимостью (F10.x) – от 5 до 98 дней ($M=26,3$; $SD=15,5$), для пациентов с зависимостью от других ПАВ (F11.x; F15.x; F19.x) чуть дольше – от 8 до 113 дней ($M=34,0$; $SD=24,8$). Распределение пациентов по продолжительности лечения, полу и наркологическому диагнозу представлено в таблице 20.

Таблица 20 - Распределение пациентов по продолжительности лечения, полу и наркологическому диагнозу

Продолжительность ЛРП		≤ 13 дней	от 14 до 21 дней	от 22 до 39 дней	≥ 40 дней
Проведение мотивационных интервью и консультаций		МИ-1	МИ-1 и МК-2		МИ-1, МК-2, МК-3
Общее количество пациентов	мужчины п, доля в %	19 (8,4%)	56 (24,8%)	59 (26,1%)	29 (12,8%)
	женщины п, доля в %	8 (3,5%)	23 (10,2%)	17 (7,5%)	15 (6,6%)
Распределение по наркологическому диагнозу	F10.x п, доля в %	8 (3,5%)	67 (29,7%)	49 (21,7%)	16 (7,1%)
	F11.x п, доля в %	6 (2,7%)	3 (1,3%)	4 (1,8%)	7 (3,1%)
	F15.x, п, доля в %	-	-	3 (1,3%)	2 (0,9%)
	F19.x, п, доля в %	13 (5,8%)	9 (3,9%)	20 (8,9%)	19 (8,4%)

Оценка продолжительности госпитализации у обследованных пациентов указывает на достаточно большую долю досрочно выписавшихся пациентов (11,7%) - как по собственной инициативе, так и за нарушение режима; при этом соотношение мужчин к женщинам в данной группе составило 2,4:1. Количество пациентов, прошедших полный курс лечения, суммарно составило 68,6%, соотношение мужчин к женщинам в этой группе осталось близким к предыдущему – 2,9:1. Количество пациентов, продолживших лечение в отделении медицинской реабилитации, составило 19,4%, а соотношение мужчин к женщинам - 1,9:1 (таблица 20).

Оценка мотивационной сферы личности и психоэмоциональных особенностей пациентов с наркологическими расстройствами на раннем этапе лечебно-реабилитационного процесса. При использовании шкалы Socrates для оценки готовности пациентов к изменениям в отношении поведения, связанного с потреблением ПАВ, были получены результаты, свидетельствующие: 1) о высоком уровне готовности к изменениям ($82,5 \pm 8,9$ балла); 2) о среднем уровне осознанности необходимости подобных изменений ($32,6 \pm 4,4$ балла); 3) о среднем уровне амбивалентности как двойственного отношения к необходимости изменять поведение, связанное с употреблением ПАВ ($15,8 \pm 4,1$ балла); (4) о высоком уровне

готовности действовать в отношении подобных изменений ($34,5 \pm 5,1$ балла). Анализ полученных результатов по шкале Socrates на данном этапе выявил значимые различия по виду наркологического расстройства для субшкалы «Амбивалентность». Так, среди пациентов с диагнозом алкогольная зависимость на раннем этапе ЛРП показатели амбивалентности были достоверно выше, чем у пациентов с зависимостью от других ПАВ ($p \leq 0,05$). Значимых различий по полу обнаружено не было (таблица 21).

Таблица 21 - Результаты оценки готовности к изменениям (Socrates) с учетом гендерных различий и вида наркологического расстройства на раннем этапе ЛРП ($n=226$)

Оценка готовности к изменениям (по шкале Socrates)		Общий балл	Субшкалы		
			Осознание	Амбивалентность	Действие
Среднее значение по субшкалам в баллах (M±SD) и его интерпретация		82,5±8,9 высокий уровень готовности к изменениям	32,6±4,4 средний уровень осознания готовности к изменениям	15,8±4,1 высокий уровень амбивалентности	34,5±5,1 высокий уровень готовности к действию
Распределение результатов по полу	мужчины, n=156 (M±SD)	82,2±9,2 высокий уровень	32,6±4,5 средний уровень	15,6±4,2 высокий уровень	34,1±5,4 высокий уровень
	женщины, n=60 (M±SD)	83,4±8,3 высокий уровень	32,7±4,0 средний уровень	16,0±3,9 высокий уровень	35,3±4,0 высокий уровень
Распределение по наркологическому диагнозу	алкогольная зависимость, n=140 (M±SD)	82,5±9,7 высокий уровень	32,2±4,9 средний уровень	16,1±4,4 высокий уровень*	34,5±5,4 высокий уровень
	зависимость от других ПАВ, n=86 (M±SD)	82,5±7,8 высокий уровень	33,2±3,3 средний уровень	15,2±3,6 средний уровень*	34,4 ±4,5 высокий уровень

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$

Результаты по шкале общей самооффективности (GSE), полученные на раннем этапе лечебно-реабилитационного процесса, выявили средний балл по изученной выборке – $31,7$ ($SD=5,5$ балла), соответствующий среднему уровню самооффективности. Для мужчин средний балл составил $31,9$ ($SD=5,5$ балла), для женщин – $31,4$ ($SD=5,4$ балла), для пациентов с алкогольной зависимостью – $31,9$ ($SD=5,5$ балла), для пациентов с зависимостью от других ПАВ – $31,4$ ($SD=5,5$

балла), что также соответствовало среднему уровню самооффективности для всех изученных групп выборки.

Значительное влияние на приверженность лечению оказывает стабильное психоэмоциональное состояние пациента. Использование шкалы DASS-21 позволило выявить у пациентов на раннем этапе ЛРП: 1) легкие признаки депрессии ($13,2 \pm 11,9$); 2) умеренную тревогу ($11,9 \pm 10,3$) и 3) отсутствие стресса ($14,3 \pm 11,5$) (таблица 22).

Таблица 22 - Результаты оценки депрессии, тревоги и стресса (DASS-21) с учетом гендерных различий и вида наркологического расстройства на раннем этапе ЛРП (n=226)

Шкала депрессии, тревоги и стресса (DASS-21)		Субшкалы		
		депрессия	тревога	стресс
Среднее значение по субшкалам в баллах (M $\pm$ SD) и его интерпретация		13,2 $\pm$ 11,9 легкая	11,9 $\pm$ 10,3 умеренная	14,3 $\pm$ 11,5 отсутствие
Распределение результатов по полу	мужчины, n=156 (M $\pm$ SD)	13,1 $\pm$ 11,8 легкая	11,6 $\pm$ 9,7 умеренная	14,1 $\pm$ 11,3 отсутствие
	женщины, n=60 (M $\pm$ SD)	13,7 $\pm$ 12,1 легкая	12,4 $\pm$ 11,6 умеренная	13,9 $\pm$ 12,1 отсутствие
Распределение по наркологическому диагнозу	алкогольная зависимость, n=140 (M $\pm$ SD)	11,2 $\pm$ 11,5 легкая**	10,7 $\pm$ 9,9 умеренная	12,0 $\pm$ 11,5 отсутствие**
	зависимость от других ПАВ, n=86 (M $\pm$ SD)	16,2 $\pm$ 11,8 умеренная**	13,5 $\pm$ 10,7 умеренная	17,1 $\pm$ 10,9 легкий**

Примечание: ** – уровень значимости $p \leq 0,01$

Получены статистически значимые различия психоэмоционального состояния среди пациентов с различающимися наркологическими диагнозами. Так, у пациентов с зависимостью от других ПАВ (F11.x; F15.x; F19.x) выявлена умеренная депрессия ($p \leq 0,01$), для остальных групп определена легкая депрессия и легкий стресс ($p \leq 0,01$) при отсутствии его как средневзвешенного показателя для пациентов других групп (таблица 22).

По результатам корреляционного анализа отмечались значимые обратные связи между показателем «Действие» (Socrates) и оценкой самооффективности по шкале GSE ($r=0,407$, $p \leq 0,01$), признаками депрессии ($r=-0,262$, $p \leq 0,01$), тревоги ($r=-0,150$, $p \leq 0,05$) и стресса ($r=-0,180$, $p \leq 0,05$) по шкале DASS-21. Полученные данные подтверждаются корреляциями между общим баллом по шкале Socrates и общим баллом по шкале GSE ($r=0,202$, $p \leq 0,01$), показателями депрессии ($r=-0,168$, $p \leq 0,05$) (таблица 23).

Таблица 23 - Корреляции между результатами по методике Socrates, шкалам GSE и DASS-21 на начальном этапе ЛРП

	Общий балл (Socrates)	Осознание (Socrates)	Амбивалентность (Socrates)	Действие (Socrates)
Оценка самоэффективности (GSE)	0,202**	-0,027	-0,019	0,407**
Депрессия (DASS-21)	-0,168*	0,019	-0,007	-0,262**
Тревога (DASS-21)	-0,057	0,128	-0,048	-0,150*
Стресс (DASS-21)	-0,093	0,116	-0,061	-0,180*

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$; ** – уровень значимости $p \leq 0,01$

Таким образом, на начальном этапе ЛРП более высокие показатели психоэмоционального неблагополучия были связаны со снижением показателей готовности к действиям в отношении достижения трезвости. При этом убеждение пациентов в своей способности эффективно справляться с личными проблемами было связано с готовностью совершать действия для изменения поведенческих паттернов, ассоциированных с потреблением алкоголя или других ПАВ.

Оценка мотивационной сферы личности и психоэмоциональных особенностей пациентов с наркологическими расстройствами на восстановительном этапе лечебно-реабилитационного процесса. Полученные результаты по шкале Socrates выявили значимые различия по полу: более высокие баллы были получены у женщин по общему баллу ($p \leq 0,001$), по субшкалам «Амбивалентность» ($p \leq 0,05$) и «Действие» ($p \leq 0,01$). Выявлены различия по субшкале «Амбивалентность» у пациентов с алкогольной зависимостью: баллы были значимо выше ($p \leq 0,05$) в сравнении с результатами пациентов остальных групп (таблица 24).

Таблица 24 - Результаты оценки готовности к изменениям (Socrates) с учетом гендерных различий и вида наркологического расстройства на восстановительном этапе ЛРП (n=40)

Оценка готовности к изменениям (по шкале Socrates)		Общий балл	Субшкалы		
			Осознание	Амбивалентность	Действие
Среднее значение по шкалам в баллах (M±SD) и его интерпретация		83,3±8,7 высокий уровень готовности к изменениям	32,6±3,9 средний уровень осознания готовности к изменениям	15,3±4,1 средний уровень амбивалентности	35,5±4,4 высокий уровень готовности к действию
Распределение результатов по полу	мужчины, n=115 (M±SD)	81,9±8,9 высокий уровень** *	32,3±4,1 средний уровень	15,0±4,1 средний уровень*	34,8±4,7 высокий уровень**
	женщины n=40 (M±SD)	87,5±6,3 очень высокий** *	33,6±3,2 средний уровень	16,3±3,9 высокий уровень*	37,5±2,9 очень высокий уровень**
Распределение по наркологическому диагнозу	алкогольная зависимость, n=116 (M±SD)	84,2±8,1 высокий уровень	32,6±3,8 средний уровень	16,1±3,7 высокий уровень*	35,3±4,9 высокий уровень
	зависимость от других ПАВ, n=39 (M±SD)	81,7±9,4 высокий уровень	32,6±4,2 средний уровень	14,0±4,5 средний уровень*	35,9 ±3,3 высокий уровень

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$; ** – уровень значимости $p \leq 0,01$; *** – уровень значимости $p \leq 0,001$

Результаты по шкале общей самооценки (GSE), полученные на данном этапе, выявляли средний балл по изученной выборке – 31,6 (SD=5,9 балла), для пациентов с алкогольной зависимостью - 32,8 (SD=5,3 балла), для пациентов с зависимостью от других ПАВ - 33,2 (SD=5,0 балла), что также соответствовало среднему уровню самооценки для всех изученных групп выборки. Были получены значимые различия: у пациентов с зависимостью от других ПАВ выявлен более высокий уровень депрессии ($p \leq 0,01$), тревоги ($p \leq 0,05$) и стресса ($p \leq 0,001$) по сравнению с пациентами с алкогольной зависимостью. Отсутствие признаков депрессии также наблюдалось в группе женщин, но не достигало уровня статистической значимости при сравнении групп по полу (таблица 25).

Таблица 25 - Результаты оценки депрессии, тревоги и стресса (DASS-21) с учетом гендерных различий и вида наркологического расстройства на восстановительном этапе ЛРП (n=156)

Шкала депрессии, тревоги и стресса (DASS-21)		Субшкалы		
		Депрессия	Тревога	Стресс
Среднее значение по субшкалам в баллах (M±SD) и его интерпретация		10,8±10,4 легкая	9,1±10,7 легкая	12,3±11,4 отсутствие
Распределение результатов по полу	мужчины, n=115 (M±SD)	10,4±9,8 легкая	9,2±10,1 легкая	11,6±11,3 отсутствие
	женщины, n=41 (M±SD)	8,1±10,7 отсутствие	8,3±8,9 легкая	12,2±10,4 отсутствие
Распределение результатов по наркологическому диагнозу	алкогольная зависимость, n=117 (M±SD)	8,8±9,2 отсутствие**	7,4±7,8 отсутствие*	9,0±9,2 отсутствие***
	зависимость от других ПАВ, n=39 (M±SD)	12,9±11,3 легкая**	11,5±11,3 умеренная*	16,8±11,9 легкий***

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$; ** – уровень значимости $p \leq 0,01$; *** – уровень значимости $p \leq 0,001$

На восстановительном этапе лечебно-реабилитационного процесса отмечалось меньше значимых взаимосвязей между исследуемыми показателями, чем на предыдущем этапе. Как и на раннем этапе, была выявлена корреляция между показателем субшкалы «Действие» (Socrates) и оценкой самооэффективности (GSE) ($r=0,319$, $p \leq 0,01$). Примечательна наблюдаемая взаимосвязь между показателем «Амбивалентность» (Socrates) и показателем «Тревога» (DASS-21) ($r=0,210$, $p \leq 0,05$), что, вероятно, свидетельствует о взаимовлиянии противоречивого отношения к необходимости изменять поведение, связанное с потреблением ПАВ, и психоэмоциональными переживаниями, состоянием тревоги (таблица 26).

Таблица 26 - Корреляции между результатами по методике Socrates, шкалам GSE и DASS-21 на восстановительном этапе ЛРП

	Общий балл (Socrates)	Осознание (Socrates)	Амбивалентность (Socrates)	Действие (Socrates)
Оценка самооэффективности (GSE)	0,090	-0,131	-0,015	0,319**
Депрессия (DASS-21)	0,033	0,111	0,074	-0,122
Тревога (DASS-21)	0,136	0,124	0,210*	-0,147
Стресс (DASS-21)	-0,036	0,126	-0,005	-0,124

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$, ** – уровень значимости $p \leq 0,01$

По результатам изучения психоэмоционального состояния пациентов с разной продолжительностью пребывания в клинике было выявлено, что пациенты, с признаками стресса значимо чаще проходили курс лечения медицинской реабилитации и реже выписывались досрочно, несмотря на то, что средневзвешенный показатель стресса в выборке прогрессивно уменьшался от 14,3 баллов ($SD=11,5$) на раннем этапе ЛРП до 12,3 балла ($SD=11,4$) на восстановительном этапе ЛРП и до 9,8 балла ($SD=8,5$) на стабилизирующем этапе ЛРП (таблица 27).

Таблица 27 - Психоэмоциональное состояние пациентов с разной продолжительностью пребывания в клинике (n=173)

Длительность лечения Признаки стресса	Проходили лечение до 14 дней (n=32)	Проходили лечение от 14 до 21 дня - полный курс лечения (n=61)	Проходили курс реабилитации более 21 дня (n=80)	p
Наличие признаков стресса, n, доля в %	14 (43,8%)	18 (29,5%)	42 (52,5%)	0,024
Отсутствие признаков стресса, n, доля в %	18 (56,2%)	43 (70,5%)	38 (47,5%)	

Сравнительный анализ полученных результатов на раннем и восстановительном этапах лечебно-реабилитационного процесса показал положительные изменения по субшкале «Действие» (Socrates) и общему баллу шкалы «Оценка самооэффективности» (GSE): на втором этапе пациенты характеризовались более высоким уровнем субъективного ощущения уверенности в своих действиях и в благоприятном результате лечения ($p \leq 0,05$). Наблюдалась положительная динамика и в отношении стабилизации психоэмоционального состояния пациентов от начального к восстановительному этапу ЛРП: отмечалось значимое снижение баллов по субшкалам «Депрессия», «Тревога» и «Стресс» шкалы DASS-21 ($p \leq 0,01$) (таблица 28).

Таблица 28 - Сравнение результатов по субшкалам Socrates, GSE и DASS-21 на начальном и восстановительном этапах ЛРП

Шкалы	Общий балл/ субшкалы	Начальный этап ЛРП M±SD	Восст. этап ЛРП M±SD	p
Socrates	Общий балл	82,5±8,9	83,6±8,3	0,816
	Осознание	32,6±4,4	32,9±3,6	0,431
	Амбивалентность	15,8±4,1	15,5±4,0	0,141
	Действие*	34,5±5,1	35,4±4,5	0,018
GSE	Общий балл*	31,7±5,5	32,8±5,5	0,015
DASS- 21	Депрессия***	13,2±11,9	9,5±10,2	0,001
	Тревога***	11,9±10,3	9,3±9,4	0,001
	Стресс**	14,3±11,5	12,1±11,0	0,006

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$; ** – уровень значимости $p \leq 0,01$; *** – уровень значимости $p \leq 0,001$

Оценка мотивационной сферы личности и психоэмоциональных особенностей пациентов с наркологическими расстройствами на стабилизирующем этапе лечебно-реабилитационного процесса. Изучение мотивации пациентов на стабилизирующем этапе ЛРП с использованием опросника Socrates выявило значимые различия в зависимости от пола: у женщин отмечались достоверно более высокие показатели по общему баллу ($p \leq 0,001$), субшкале «Амбивалентность» ($p \leq 0,001$) и субшкале «Действие» ($p \leq 0,05$). Статистически значимых различий по наркологическому диагнозу выявлено не было (таблица 29).

Таблица 29 - Результаты оценки готовности к изменениям (Socrates) с учетом гендерных различий и вида наркологического расстройства на стабилизирующем этапе ЛРП (n=44)

Оценка готовности к изменениям (по шкале Socrates)		Общий балл	Субшкалы		
			Осознание	Амбивалентность	Действие
Среднее значение по шкалам в баллах (M±SD) и его интерпретация		84,3±7,9 высокий уровень готовности к изменениям	32,5±3,9 средний уровень осознания готовности к изменениям	15,3±4,3 средний уровень амбивалентности	36,5±3,4 высокий уровень готовности к действию
Распределение результатов по полу	мужчины, n=29 (M±SD)	81,5±7,6 высокий уровень***	32,1±4,2 средний уровень	13,8±4,2 низкий уровень***	35,5±3,7 высокий уровень*
	женщины n=15 (M±SD)	90,1±4,9 очень высокий** *	33,4±3,6 средний уровень	18,2±2,6 очень высокий уровень***	38,5±1,5 очень высокий уровень*
Распределение по наркологическому диагнозу	алкогольная зависимость, n=16 (M±SD)	83,4±9,1 высокий уровень	32,3±4,3 средний уровень	15,3±4,8 средний уровень	35,9±4,3 высокий уровень
	зависимость от других ПАВ, n=28 (M±SD)	84,9±7,1 высокий уровень	32,7±3,8 средний уровень	15,2±3,9 средний уровень	36,8 ±2,7 высокий уровень

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$; ** – уровень значимости $p \leq 0,01$; *** – уровень значимости $p \leq 0,001$

Результаты по шкале общей самооценки (GSE), полученные на данном этапе лечебно-реабилитационного процесса, выявили средний балл по изученной выборке – 33,7 (SD=4,4 балла), соответствующий среднему уровню самооценки. Для мужчин средний балл составил 32,2 (SD=4,5 балла), для женщин – 34,6 (SD=3,7 балла); для пациентов с алкогольной зависимостью – 33,3 (SD=2,9 балла), для пациентов с зависимостью от других ПАВ – 33,3 (SD=4,9 балла), что также соответствовало среднему уровню самооценки для всех изученных групп выборки.

Использование шкалы DASS-21 позволило выявить на стабилизирующем этапе лечебно-реабилитационного процесса отсутствие признаков: 1) депрессии ($6,3 \pm 6,7$ балла); 2) тревоги ($7,1 \pm 6,9$ балла); 3) стресса ($9,8 \pm 8,5$ балла) (таблица 30).

Таблица 30 - Результаты оценки депрессии, тревоги и стресса (DASS-21) с учетом гендерных различий и вида наркологического расстройства на стабилизирующем этапе ЛРП ($n=43$)

Шкала депрессии, тревоги и стресса (DASS-21)		Субшкалы		
		Депрессия	Тревога	Стресс
Среднее значение по субшкалам в баллах ($M \pm SD$) и его интерпретация		$6,3 \pm 6,7$ отсутствие	$7,1 \pm 6,9$ отсутствие	$9,8 \pm 8,5$ отсутствие
Распределение результатов по полу	мужчины, $n=29$ ($M \pm SD$)	$7,5 \pm 7,1$ отсутствие	$8,3 \pm 7,8$ умеренная	$10,9 \pm 8,6$ отсутствие
	женщины, $n=14$ ($M \pm SD$)	$4,0 \pm 5,3$ отсутствие	$4,7 \pm 3,9$ отсутствие	$7,5 \pm 8,1$ отсутствие
Распределение по наркологическому диагнозу	алкогольная зависимость, $n=15$ ($M \pm SD$)	$6,1 \pm 4,8$ отсутствие	$7,9 \pm 7,7$ отсутствие	$10,9 \pm 9,1$ отсутствие
	зависимость от других ПАВ, $n=28$ ($M \pm SD$)	$6,5 \pm 7,9$ отсутствие	$7,1 \pm 6,9$ отсутствие	$8,9 \pm 8,2$ отсутствие

Только у пациентов мужского пола, в отличие от остальных изучаемых групп выборки, продолжал сохраняться умеренный уровень тревоги ($8,3 \pm 7,8$ балла), однако различия не достигали уровня статистической значимости на данном этапе (таблица 30).

На стабилизирующем этапе ЛРП наблюдалась иная картина взаимосвязей между изучаемыми показателями. Несмотря на то, что вновь была выявлена корреляция между показателем «Действие» по шкале Socrates и оценкой самооффективности по шкале GSE ($r=0,305$, $p \leq 0,05$), сила данной связи становилась слабее ко второй и третьей сессиям мотивационного консультирования с пациентами. Это может говорить о постепенном осознании недостаточности совершаемых действий в отношении выздоровления для ощущения собственной эффективности. Обратная тенденция отмечалась при выявлении взаимосвязей между показателем «Действие» по шкале Socrates и признаками депрессии ($r=-0,350$, $p \leq 0,05$), тревоги ($r=-0,452$, $p \leq 0,01$) и стресса ($r=-0,410$, $p \leq 0,01$) по шкале DASS-21: сила связи и уровень значимости на третьей сессии были выше, чем на раннем и восстановительном этапах ЛРП (таблица 31).

Таблица 31 - Корреляции между результатами по методике Socrates, шкалам GSE и DASS-21 на стабилизирующем этапе ЛРП

	Общий балл (Socrates)	Осознание (Socrates)	Амбивалентность (Socrates)	Действие (Socrates)
Оценка самооценки (GSE)	0,194	0,097	0,087	0,305*
Депрессия (DASS-21)	-0,241	-0,067	-0,195	-0,350*
Тревога (DASS-21)	-0,417**	-0,252	-0,301*	-0,452**
Стресс (DASS-21)	-0,436**	-0,142	-0,328*	-0,410**

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$; ** – уровень значимости $p \leq 0,01$; *** – уровень значимости $p \leq 0,001$

Тем не менее, уровень стресса у пациентов на стабилизирующем этапе ЛРП был одним из самых высоких в изученной выборке, что может свидетельствовать: 1) об индивидуально-личностных особенностях пациентов, решивших пройти полный курс психо-фармакотерапии; 2) о выраженном психоэмоциональном напряжении, характерном при вовлеченности пациентов в сессии когнитивно-поведенческой и мотивационной психотерапии (таблица 32).

Таблица 32 - Психоэмоциональное состояние пациентов с разной продолжительностью пребывания в клинике (n=173)

Длительность лечения / Признаки стресса	Проходили лечение до 14 дней (n=32)	Проходили лечение от 14 до 21 дня - полный курс лечения (n=61)	Проходили курс реабилитации более 21 дня (n=80)	p
Наличие признаков стресса, n, доля в %	14 (43,8%)	18 (29,5%)	42 (52,5%)	0,001
Отсутствие признаков стресса, n, доля в %	18 (56,2%)	43 (70,5%)	38 (47,5%)	

При сравнении показателей использованных психометрических методик на начальном и стабилизирующем этапах ЛРП отмечалась статистически значимая динамика их изменения: повышение баллов по показателю «Действие» (Socrates) и снижение показателей по субшкалам «Депрессия», «Тревога» и «Стресс» (DASS-21). Уровень достоверности различий был значительно выше ($p \leq 0,001$), чем при схожем изменении показателей на раннем и восстановительном этапах ЛРП. Это может свидетельствовать о том, что более продолжительное пребывание в

условиях наркологического стационара оказывает положительное влияние на психоэмоциональное состояние пациентов и на их готовность предпринимать действия на пути к выздоровлению (таблица 33).

Таблица 33 - Сравнение результатов по субшкалам Socrates, GSE и DASS-21 на начальном и стабилизирующем этапах ЛРП

Шкалы	Общий балл/ субшкалы	МИ-1 M±SD	МК-3 M±SD	p
Socrates	Общий балл	82,5±9	84,1±8	0,348
	Осознание	32,6±4,4	32,5±4	0,291
	Амбивалентность	15,8±4,1	15,2±4,2	0,649
	Действие***	34,5±5	36,3±3,6	0,001
GSE	Оценка самооффективности	31,7±5,5	33±4,3	0,115
DASS-21	Депрессия***	13,2±11,9	6,5±6,8	0,000
	Тревога***	11,9±10,3	7,9±7,7	0,001
	Стресс***	14,3±11,5	10,1±8,6	0,000

Примечание: *** – уровень значимости $p \leq 0,001$

Подобное перекрестное воздействие мотивации и психоэмоционального состояния на причины возобновления потребления ПАВ может оказывать потенциально негативное влияние на срыв или рецидив течения наркологического расстройства, что должно учитываться при последующих этапах лечебно-реабилитационного процесса – амбулаторной реабилитации, социально-психологической реабилитации или участия пациента в терапевтических группах.

Апробация диагностических методов и превентивных подходов на уровне терапевтических и реабилитационных вмешательств позволила обнаружить следующее:

1) На раннем этапе ЛРП при исследовании компонентов мотивации к отказу от употребления ПАВ у пациентов с их проблемным потреблением отмечался высокий уровень готовности к изменениям и к действиям в отношении подобных изменений, высокий уровень амбивалентности как двойственного отношения к необходимости изменять поведение, а также средний уровень осознания необходимости подобных изменений (Socrates). По результатам корреляционного анализа отмечались значимые обратные связи между показателем «Действие» (Socrates) и оценкой самооффективности по шкале GSE ($r=0,407$, $p \leq 0,01$), признаками депрессии ($r=-0,262$, $p \leq 0,01$), тревоги ($r=-0,150$, $p \leq 0,05$) и стресса ($r=-$

0,180, $p \leq 0,05$) по шкале DASS-21. Полученные данные подтверждаются корреляциями между общим баллом по шкале Socrates и общим баллом по шкале GSE ($r=0,202$, $p \leq 0,01$), показателями депрессии ($r=-0,168$, $p \leq 0,05$).

2) На восстановительном этапе ЛРП мотивация пациентов характеризовалась высоким уровнем готовности к изменениям и готовности действовать в отношении изменения поведения, связанного с употреблением ПАВ, а также средним уровнем осознанности и амбивалентности (Socrates). Результаты по шкале Socrates выявили значимые различия по полу: более высокие баллы были получены у женщин по общему баллу ($p \leq 0,001$), по субшкалам «Амбивалентность» ($p \leq 0,05$) и «Действие» ($p \leq 0,01$). По субшкале «Амбивалентность» были выявлены различия у пациентов с алкогольной зависимостью: баллы были значимо выше ($p \leq 0,05$) в сравнении с результатами пациентов остальных групп. Как и на раннем этапе, была выявлена корреляция между показателем субшкалы «Действие» (Socrates) и оценкой самооценки (GSE) ($r=0,319$, $p \leq 0,01$). Примечательна наблюдаемая взаимосвязь между показателем «Амбивалентность» (Socrates) и показателем «Тревога» (DASS-21) ($r=0,210$, $p \leq 0,05$), что, вероятно, свидетельствует о взаимовлиянии противоречивого отношения к необходимости изменять поведение, связанное с потреблением алкоголя и наркотиков, и психоэмоциональным переживаниями, состоянием тревоги.

3) Изучение мотивации пациентов на стабилизирующем этапе ЛРП с использованием опросника Socrates выявило значимые различия в зависимости от пола: у женщин отмечались достоверно более высокие показатели по общему баллу ($p \leq 0,001$), субшкале «Амбивалентность» ($p \leq 0,001$) и субшкале «Действие» ($p \leq 0,05$). При сравнении показателей раннего и стабилизирующего этапов ЛРП (шкалы Socrates, GSE и DASS-21) отмечалось, что пациенты с признаками стресса достоверно чаще проходили курс медицинской реабилитации, а более продолжительное пребывание в условиях наркологического стационара оказывало положительное влияние на психоэмоциональное состояние пациентов и на их готовность предпринимать действия на пути к выздоровлению.

4) Качественный анализ сессий мотивационного консультирования пациентов с проблемным употреблением алкоголя и других ПАВ позволил отметить постепенное повышение осознания недостаточности совершаемых ими действий в отношении выздоровления от раннего к стабилизирующему этапу ЛРП.

5) Анализ динамических изменений мотивационной сферы личности и психоэмоциональных особенностей пациентов с наркологическими расстройствами на различных этапах ЛРП, включая стабилизирующий этап или этап медицинской реабилитации, позволил обнаружить ряд статистически значимых различий по изучаемым показателям при сравнении групп по полу, виду наркологического расстройства и продолжительности терапевтических вмешательств.

6) Полученные результаты указывают на наличие особых потребностей у пациентов женского пола в разрешении психоэмоциональных проблем и для усиления целеполагания в отношении изменения поведения, связанного с потреблением алкоголя и наркотиков, которые могут удовлетворяться с использованием различных подходов психотерапии – когнитивно-поведенческого и мотивационного, как в краткосрочной перспективе, так в среднесрочной (3-6 месяцев) и долгосрочной (более 12 месяцев) (Фадеева Е.В., Лановая А.М., 2024а; Фадеева Е.В., Лановая А.М., 2024б).

4.1.5. Резюме по разделу «Предварительный (поисковый) этап эмпирического исследования»

Как упоминалось ранее, предварительная (поисковая) часть исследования заключалась в апробации и выборе из имеющихся скрининговых инструментов и психометрических шкал диагностического инструментария, лучше всего отвечающего цели и задачам исследования. Реализация этапа позволила сделать ряд выводов и принять несколько обоснованных решений.

1) Изучение клинико-психологических, социально-психологических и социально-демографических предикторов зависимого поведения дало возможность обосновать необходимость проведения корреляционного, факторного

и регрессионного анализа для оценки влияния выделенных переменных для различных групп профилактических вмешательств.

2) Использование различных скрининговых инструментов по оценке факторов риска, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT, AUDIT-C, RUS-AUDIT, RUS-AUDIT-S), позволило обосновать выбор опросника с наилучшими результатами для выбранных групп профилактических вмешательств (AUDIT-C), который был включен в диагностический комплекс основного этапа исследования.

3) Необходимость изучения распространенности потребления других видов ПАВ, включая табак и наркотики, привела к решению о проведении валидации скринингового теста ASSIST на основном этапе исследования.

4) Сложность выявления клинико-психологических, социально-психологических и социально-демографических факторов риска формирования аддиктивного поведения в группе беременных женщин как группе населения в большей степени, нежели остальные, диссимилирующих употребление табачных изделий и алкогольных напитков, обосновала необходимость применения на основном этапе исследования дополнительных психометрических и лабораторных методов исследования.

5) Значимые различия в клинических проявлениях и в уровне выраженности психоэмоциональных нарушений стали основой использования психометрических инструментов, направленных на изучение тревожно-стрессовых расстройств на основном этапе исследования.

6) Мотивационное консультирование в различных его формах – обратная связь по результатам скрининга, краткий совет по персонифицированным уровням выявленных рисков, мотивационное интервью и мотивационное консультирование были определены в качестве основного профилактического вмешательства на всех уровнях превенции (Фадеева Е.В., Лановая А.М., 2024а; Фадеева Е.В., Лановая А.М., 2024б).

4.2. Основной этап эмпирического исследования

На основном этапе эмпирического исследования с использованием единого диагностического комплекса, включающего скрининговые и психодиагностические инструменты, были обследованы три группы женщин, сопоставимые с группами предварительного этапа: 1) женщины трудоспособного возраста (в качестве объекта селективной профилактики); 2) беременные женщины (в качестве объекта индикативной профилактики); 3) женщины с проблемным употреблением ПАВ (в качестве объекта терапевтических и реабилитационных вмешательств). Для групп селективной профилактики и терапевтических вмешательств применялся сравнительный анализ с данными, полученными на мужской выборке с сопоставимыми основными характеристиками (рисунок 5, таблица 11).

4.2.1. Результаты реализации единого алгоритма диагностических и превентивных вмешательств в группе селективной профилактики

Исходя из концепции о необходимости разработки дифференцированных гендерно специфичных подходов к предупреждению зависимого поведения, основанных на определении клинико-психологических, социально-психологических и социально-демографических факторов уязвимости, в качестве объекта селективной профилактики были обследованы медицинские работники как представители одной из уязвимых групп трудоспособного населения.

Социально-демографические характеристики выборки. В исследование вошли 575 медицинских работников – 421 сотрудник (73,2% от общей выборки) организаций Московской и Нижегородской областей, оказывающих специализированную (наркологическую) медицинскую помощь, и 154 сотрудника (26,8% от общей выборки) медицинских организаций Нижегородской области, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «акушерство-гинекология». Анализировалась социально-демографическая информация по возрасту медицинских работников, их семейному положению, уровню образования, роду занятий, составу домохозяйства и оценке уровня его дохода. Для проведения корреляционного анализа предикторов курения и злоупотребления алкоголем среди медицинских работников отдельно

рассматривались данные, полученные с учетом специальности и гендерных различий (Фадеева Е.В., Лановая А.М., 2024в; Фадеева Е.В., Цветкова Л.А., Лановая А.М., 2025). Более подробно социально-демографические данные изученной выборки представлены в таблице 34.

Таблица 34 - Основные социально-демографические данные медицинских работников (n=575)

Специальность пол Изучаемые характеристики	психиатрия-наркология, n=421		акушерство-гинекология, n=154	
	мужчины n (%)	женщины n (%)	мужчины n (%)	женщины n (%)
Общее число медицинских работников	73 (17,3)	348 (82,7)	6 (7,6)	148 (29,8)
Возраст				
30 и моложе	6 (8,2)	37 (10,6)	1 (16,7)	42 (28,4)
31-40	21 (28,8)	85 (24,4)	1 (16,7)	35 (23,7)
41-50	30 (41,1)	135 (38,8)	4 (66,7)	50 (33,8)
51-60	16 (21,9)	91 (26,2)	- (-)	21 (14,2)
Семейное положение				
женат / замужем	53 (72,6)	198 (56,9)	5 (83,3)	89 (60,1)
холост/ не замужем	10 (13,7)	51 (14,7)	1 (16,7)	30 (20,3)
разведен/ разведена	8 (10,9)	78 (22,4)	- (-)	24 (16,2)
вдовец/вдова	6 (8,2)	20 (5,8)	- (-)	5 (3,4)
Число детей				
детей нет	19 (26,0)	56 (16,1)	1 (16,7)	35 (23,7)
один	20 (27,4)	127 (36,5)	2 (33,3)	58 (39,2)
двое	28 (38,4)	158 (45,4)	2 (33,3)	54 (36,5)
трое и более	6 (8,2)	7 (2,0)	1 (16,7)	1 (0,7)
Число совместно проживающих членов семьи (считая респондента)				
один	16 (21,9)	67 (19,3)	- (-)	40 (27,0)
двое	13 (17,8)	92 (26,4)	1 (16,7)	41 (27,7)
трое	24 (32,9)	94 (27,0)	- (-)	30 (20,3)
четверо и более	20 (27,4)	95 (27,3)	5 (83,3)	37 (25,0)

Продолжение таблицы 34 - Основные социально-демографические данные медицинских работников (n=575)

Специальность пол Исследуемые характеристики	психиатрия-наркология, n=421		акушерство-гинекология, n=154	
	мужчины n (%)	женщины n (%)	мужчины n (%)	женщины n (%)
Образовательный статус				
незаконченное среднее	3 (4,1)	3 (0,9)	- (-)	1 (0,7)
среднее	- (-)	14 (4,0)	- (-)	2 (1,4)
незаконченное среднее профессиональное	- (-)	4 (1,2)	- (-)	- (-)
среднее профессиональное	4 (5,5)	171 (49,1)	1 (16,7)	87 (58,8)
незаконченное высшее	3 (4,1)	5 (1,4)	- (-)	2 (1,4)
высшее	63 (86,3)	151 (43,4)	5 (83,3)	56 (37,8)
Основной род занятости				
частичная занятость	5 (6,9)	10 (2,9)	- (-)	2 (1,4)
полная занятость	68 (93,2)	338 (97,1)	6 (100)	146 (98,7)
Среднемесячный доход домохозяйства (общий доход всех членов семьи)				
до 20 тыс. рублей	11 (15,1)	57 (16,4)	- (-)	37 (25,0)
20-40 тыс. рублей	13 (17,8)	133 (38,2)	- (-)	70 (47,3)
40-80 тыс. рублей	18 (24,7)	98 (28,2)	4 (66,7)	29 (19,6)
80-120 тыс. рублей	13 (24,7)	40 (11,5)	2 (33,3)	7 (4,7)
120 тыс. рублей и более	18 (5,2)	20 (5,8)	- (-)	5 (3,4)
Место жительства				
сельское поселение	5 (6,9)	30 (16,4)	- (-)	4 (2,7)
малый город или поселок	5 (6,9)	91 (26,2)	- (-)	12 (8,1)
средний или большой город	38 (52,1)	161 (46,3)	1 (16,7)	71 (47,9)
крупный город	6 (8,2)	44 (12,6)	4 (66,7)	47 (31,8)
крупнейший город	19 (26,0)	22 (6,3)	1 (16,7)	15 (10,1)

Употребление никотинсодержащих изделий среди медицинских работников. Больше половины опрошенных медицинских работников (58,9%) имели опыт употребления никотинсодержащих изделий, 38,8% курили в последние 12 месяцев. Ни разу в жизни не курили только 41,0%. В последние 3 месяца 190 медицинских работников (33,0% от общей выборки: 34 мужчин и 156 женщин) курили с различной частотой (от нескольких раз в месяц до ежедневного использования): традиционные сигареты - 178 человек (30,9%; 31 мужчина и 147 женщин), электронные сигареты, вейпы, испарители и т.д. – 52 человека (9,0%; 3

мужчин и 49 женщин), сигары, трубку или кальян – 58 человек (10,1%; 7 мужчин и 51 женщина). Курившие за последние 3 месяца медицинские работники были обследованы с использованием скринингового теста ASSIST (таблица 35).

Таблица 35 - Оценка уровня риска, связанного с курением (тест ASSIST; n=575)

Уровень риска (по тесту ASSIST)	психиатрия-наркология				акушерство-гинекология			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	n=73 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=348 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=6 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=148 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах
Отсутствие курения за последние 3 месяца	42 (57,5%)	*	234 (67,2%)	*	3 (50%)	*	107 (72,3%)	*
Низкий риск (от 0 до 3 баллов)	3 (4,1%)	2 [2; 2]	15 (4,3%)	2 [2; 2]	-	-	2 (1,4%)	2 [2; 2]
Умеренный риск (от 4 до 26 баллов)	28 (38,4%)	15 [11,5; 18]	99 (28,5%)	12 [8; 18]	3 (50%)	11 [10; 14,5]	39 (26,4%)	13 [12; 18]
Высокий риск (27 баллов и более)	-	-	-	-	-	-	-	-

Примечание: Md [Q1; Q3] – медиана [1 квартиль; 3 квартиль]; * – неприменимо.

Полученные результаты показывают, что большинство курящих медицинских работников использовали никотинсодержащие изделия с диагностируемым риском для здоровья – от низкого до умеренного. При изучении частоты встречаемости уровней риска употребления никотина по тесту ASSIST было выявлено, что умеренный риск курения чаще наблюдался среди мужчин, работающих по профилю «психиатрия-наркология» (в 38,4% VS 28,8%) и «акушерство-гинекология» (в 50,0% VS 26,4%). Различия соответствуют тенденции к статистической значимости (Таблица 36).

Таблица 36 - Сравнение частоты встречаемости уровней риска, связанных с употреблением никотина, у обследованных медицинских работников с учетом специальности и гендерных различий (тест ASSIST; n=575)

Уровень риска употребления никотина (по тесту ASSIST)	психиатрия-наркология			акушерство-гинекология		
	мужчины	женщины	p	мужчины	женщины	p
	n=73 (%)	n=348 (%)		n=6 (%)	n=148 (%)	
Отсутствие риска и низкий риск	45 (61,6%)	247 (71,2%)	0,108	3 (50%)	109 (73,6%)	0,202
Умеренный риск	28 (38,4%)	100 (28,8%)		3 (50%)	39 (26,4%)	

Примечание: p – уровень значимости

Употребление алкоголя среди медицинских работников. Большинство опрошенных медицинских работников (464 человека или 80,7% от общей выборки) имели опыт употребления алкоголя в течение жизни. Ответили, что ни разу в жизни не употребляли спиртные напитки 19,3%. Из 416 медицинских работников (72,4% от общей выборки), употреблявших алкоголь в последние 12 месяцев, рискованное употребление было выявлено у 299 (52,0%), злоупотребление – у 117 (20,4%). Более подробный анализ с учетом специальности медицинских работников и гендерных различий представлен в таблице 37.

Таблица 37 - Оценка уровня риска, связанного с употреблением алкоголя (тест AUDIT-C; n=575)

Уровень риска (по тесту AUDIT-C)	психиатрия-наркология				акушерство-гинекология			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	n=73 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах	n=348 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах	n=6 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах	n=148 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах
Отсутствие употребления алкоголя за последние 12 месяцев	21 (28,8 %)	*	94 (27,0 %)	*	2 (33,3 %)	*	42 (28,4 %)	*
Рискованное употребление	27 (36,9 %)	2 [1; 3]	197 (56,6 %)	1 [1; 1]	3 (50,0 %)	3 [2,5; 3]	72 (48,7 %)	1 [1; 2]
Злоупотребление алкоголем	25 (34,3 %)	5 [4; 6]	57 (16,4 %)	3 [3; 4]	1 (16,7 %)	4 [4; 4]	34 (22,9 %)	3 [3; 4,8]

При изучении частоты встречаемости уровней риска употребления алкоголя по тесту AUDIT-C было выявлено, что злоупотребление спиртными напитками достоверно чаще наблюдалось в группе мужчин, работающих по профилю «психиатрия-наркология» (в 34,2% VS 16,4%; $p < 0,0001$), и, не достигая уровня

статистической значимости, в группе женщин, работающих по профилю «акушерство-гинекология» (в 23,0% VS 16,7%) (таблица 38).

Таблица 38 - Сравнение частоты встречаемости уровней риска, связанных с употреблением алкоголя, у обследованных медицинских работников с учетом специальности и гендерных различий (тест AUDIT-C; n=575)

Уровень риска употребления алкоголя (по тесту AUDIT-C)	психиатрия-наркология			акушерство-гинекология		
	мужчины	женщины	p	мужчины	женщины	p
	n=73 (%)	n=348 (%)		n=6 (%)	n=148 (%)	
Отсутствие употребления или рискованное	48 (65,8%)	291 (83,6%)	<0,000	5 (83,3%)	114 (77,0%)	0,718
Злоупотребление алкоголем	25 (34,2%)	57 (16,4%)		1 (16,7%)	34 (23,0%)	

Примечание: p – уровень значимости

Помимо теста AUDIT-C, для оценки выраженности клинически значимых симптомов злоупотребления алкоголем или зависимости от него использовался тест ASSIST. Из 365 медицинских работников (63,5% от общей выборки), употреблявших алкоголь в последние 3 месяца, низкий риск был выявлен у 329 (57,2%), умеренный риск – у 33 (5,7%), высокий – у 4 (0,7%). Более подробный анализ с учетом специальности медицинских работников и гендерных различий представлен в таблице 39.

Таблица 39 - Оценка уровня риска, связанного с употреблением алкоголя (тест ASSIST; n=575)

Уровень риска (по тесту ASSIST)	психиатрия-наркология				акушерство-гинекология			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	n=73 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах	n=348 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах	n=6 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах	n=148 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах
Отсутствие употребления алкоголя за последние 3 месяца	23 (31,5%)	*	136 (39,1%)	*	2 (33,3%)	*	48 (32,4%)	*
Низкий риск (от 0 до 10 баллов)	36 (49,3%)	4,5 [3; 7,3]	197 (56,6%)	3 [2; 5]	3 (50,0%)	6 [4,5; 6,5]	93 (62,8%)	3 [2; 6]
Умеренный риск (от 11 до 26 баллов)	11 (15,1%)	19 [15; 21,5]	14 (4,0%)	13 [12; 14,5]	1 (16,7%)	16 [16; 16]	7 (4,7%)	12 [12; 16]
Высокий риск (27 баллов и более)	3 (4,1)	19 [19; 19,5]	1 (0,3%)	27 [27; 27]	-	-	-	-

Примечание: Md [Q1; Q3] – медиана [1 квартиль; 3 квартиль]; * – неприменимо

Полученные результаты показывают, что большинство обследованных медицинских работников употребляли алкоголь с диагностируемым риском для здоровья или злоупотребляли им, что указывает на необходимость усиления профилактической работы с данной группой трудоспособного населения.

Изучение частоты встречаемости уровней риска употребления алкоголя по тесту ASSIST показало схожие результаты с тестом AUDIT-C. Было выявлено, что умеренный и высокий риск достоверно чаще наблюдались в группе медицинских работников мужского пола, работающих по профилю «психиатрия-наркология» (в 19,2% VS 4,3%; $p < 0,0001$), а также в группе женщин, работающих по профилю «акушерство-гинекология» (в 5,4% VS 0%), не достигая уровня статистической значимости (таблица 40).

Таблица 40 - Сравнение частоты встречаемости уровней риска, связанных с употреблением алкоголя, у обследованных медицинских работников с учетом специальности и гендерных различий (тест ASSIST; n=575)

Уровень риска употребления алкоголя (по тесту ASSIST)	психиатрия-наркология			акушерство-гинекология		
	мужчины	женщины	p	мужчины	женщины	p
	n=73 (%)	n=348 (%)		n=6 (%)	n=148 (%)	
Отсутствие риска и низкий риск	59 (80,8%)	332 (95,7%)	<0,000	6 (100%)	140 (94,6%)	0,559
Умеренный и высокий риск	14 (19,2%)	15 (4,3%)		-	8 (5,4%)	

Примечание: p – уровень значимости

Употребление седативных или снотворных препаратов без назначения врача среди медицинских работников. Из числа опрошенных медицинских работников в течение жизни употребляли седативные или снотворные препараты 19,8% (114 человек: 19 мужчин и 95 женщин), из них 11,5% (66 человек: 11 мужчин и 55 женщин) сообщили, что употребляли их без назначения врача. Однако рассматривать критично этот факт достаточно сложно, так как большая часть выборки - медицинские работники с высшим профессиональным образованием, имевшие доступ к рецептурным препаратам. Они принимали феназепам, диазепам, грандоксин, вортексин, атаракс, феназепам, тералиджен, хлорпротексен, а также растительные препараты – экстракты валерианы и пустырника, новопассит. Небольшая часть выборки - 2,6% (15 человек: 2 мужчин и 13 женщин) – принимали седативные или снотворные препараты в последние 12 месяцев. Из них 0,7% (4 женщины) употребляли один из препаратов в последние 3 месяца. Оценка уровня риска употребления седативных или снотворных препаратов с использованием теста ASSIST среди медицинских работников, допускавших их потребление в последние 3 месяца, выявила у всех 4 женщин рискованное употребление - у трех с низким риском (от 0 до 3 баллов), у одной – с умеренным риском (от 4 до 26 баллов).

Употребление наркотиков без назначения врача среди медицинских работников. Некоторые медицинские работники - 7,5% выборки (43 человека: 9 мужчин и 34 женщины) - сообщили, что им в течение жизни назначались врачом наркотические вещества, из них две женщины отметили, что наркотические вещества (трамадол и реланиум) им были назначены в течение последних 12

месяцев. Об использовании наркотических веществ без назначения врача в течение последних 12 месяцев сообщили 0,9% медицинских работников (5 человек: 2 мужчин и 3 женщины), во всех случаях речь шла об употреблении каннабиноидов. Респондентов, ответивших положительно на вопрос о немедицинском использовании наркотических веществ в последние 3 месяца, выявлено не было.

Как уже упоминалось ранее, большое число зарубежных исследований приводят данные о высокой распространенности рискованного потребления ПАВ и злоупотребления ими среди медицинских работников с заметными различиями, связанными со специализацией и гендерными характеристиками. Проведенное нами исследование в целом подтверждает обозначенную негативную тенденцию, особенно в отношении курения и употребления алкогольных напитков. Помимо высокой распространенности, нами были отмечены различия в результатах по оценке рискованного употребления или злоупотребления алкоголем, полученные при использовании нескольких методов: двух скрининговых инструментов (AUDIT-C и ASSIST) и качественной частотно-количественной оценки моделей потребления. И для мужчин, и для женщин наиболее высокая распространенность злоупотребления алкоголем была выявлена с использованием теста AUDIT-C (таблица 41).

Таблица 41 - Сводные данные по распространенности злоупотребления алкоголем среди мужчин и женщин из числа обследованных медицинских работников

Методы оценки	AUDIT-C	ASSIST	Модели рискованного потребления алкоголя	
Характер употребления Пол	Злоупотребление алкоголем (n, %)	Умеренный и высокий уровни риска (n, %)	Продолжительное употребление с высоким риском (n, %)	«Массивное одномоментное» употребление (n, %)
мужчины (n=79)	26 (32,9%)	15 (18,9%)	11 (13,9%)	11 (13,9%)
женщины (n=496)	91 (18,4%)	23 (4,6%)	8 (1,6%)	11 (2,2%)

Критерии продолжительного употребления с высоким риском (heavy drinking) были определены у 11 мужчин (13,9%) и 8 женщин (1,6%). Критерии «массивного одномоментного» употребления алкоголя (binge drinking) были определены у 11 мужчин (13,9%) и 11 женщин (2,2%).

Анализ психоэмоционального состояния у медицинских работников с учетом специальности и гендерных различий. Оценка психоэмоционального состояния у обследованных медицинских работников показала, что у большинства специалистов, работающих как по профилю «психиатрия-наркология», так и «акушерство-гинекология», уровень психологического дистресса был низким. Признаки дистресса от среднего до очень высокого уровней наблюдались у 20% работников организаций, оказывающих специализированную наркологическую помощь, и у 25,9% работников, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство-гинекология». Более подробный анализ представлен в таблице 42.

Таблица 42 - Уровень психологического дистресса у обследованных медицинских работников с учетом специальности и гендерных различий (К-10; n=575)

Уровень дистресса	психиатрия-наркология (n=421, 73,2%)				акушерство-гинекология (n=154; 26,8%)			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	n=73 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах	n=348 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах	n=6 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах	n=148 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах
Низкий (до 20 баллов)	60 (82,2%)	12 [10; 13]	276 (79,3%)	11 [10; 14]	4 (66,6%)	14 [12,3; 15]	110 (74,3%)	11 [10; 13]
Средний (от 20 до 24 баллов)	7 (9,6%)	20 [20; 20,5]	40 (11,5%)	21 [20; 22]	-	-	21 (14,2%)	20 [20; 20]
Высокий (от 25 до 29 баллов)	3 (4,1%)	28 [26,5; 28,5]	15 (4,3%)	27 [25,5; 28]	-	-	8 (5,4%)	26 [25; 27,5]
Очень высокий (от 30 баллов)	3 (4,1%)	40 [35; 41]	17 (4,9%)	34 [31; 37]	2 (33,3%)	50 [50; 50]	9 (6,1%)	39 [35; 50]

Примечание: Md [Q1; Q3] – медиана [1 квартиль; 3 квартиль]

При изучении частоты встречаемости изучаемого показателя среди медицинских работников было выявлено, что признаки дистресса чаще отмечались среди женщин, работающих в организациях по профилю «психиатрия-наркология» (в 20,7% VS 17,8%) и среди мужчин, работающих в организациях по профилю «акушерство-гинекология» (в 33,3% VS 25,7%) (таблица 43).

Таблица 43 - Сравнение частоты встречаемости признаков психологического дистресса у обследованных медицинских работников с учетом специальности и гендерных различий (тест К-10; n=575)

Уровень дистресса	психиатрия-наркология			акушерство-гинекология		
	мужчины	женщины	p	мужчины	женщины	p
	n=73 (%)	n=348 (%)		n=6 (%)	n=148 (%)	
Отсутствие признаков дистресса	60 (82,2%)	276 (79,3%)	0,577	4 (66,6%)	110 (74,3%)	0,675
Признаки дистресса	13 (17,8%)	72 (20,7%)		2 (33,3%)	38 (25,7%)	

Примечание: p – уровень значимости

Подавляющее большинство обследованных медицинских работников не обнаруживали признаков посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Тем не менее, у 7,7% медицинских работников было определено наличие признаков ПТСР различной выраженности (таблица 44).

Таблица 44 - Наличие признаков ПТСР у обследованных медицинских работников с учетом специальности и гендерных различий (тест IES-R; n=575)

Признаки ПТСР	психиатрия-наркология				акушерство-гинекология			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	n=73 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=348 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=6 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=148 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах
Норма (от 0 до 23 баллов)	70 (95,9%)	2 [0; 5]	317 (91,1%)	0 [0; 5]	6 (100%)	3 [0,4; 5,8]	141 (95,3%)	1 [0; 4]
Отдельные признаки ПТСР (от 24 до 32 баллов)	-	-	5 (1,4%)	26 [26; 30]	-	-	2 (1,4%)	28 [27; 29]
Вероятно наличие ПТСР (от 33 до 38 баллов)	1 (1,4%)	35 [35; 35]	3 (0,9%)	37 [37; 37]	-	-	-	-
Тяжелые проявления ПТСР (от 39 баллов)	2 (2,7%)	55,5 [50,3; 60,8]	26 (7,5%)	44 [44,5; 53]	-	-	5 (3,4%)	44 [44; 44]

Примечание: Md [Q1; Q3] – медиана [1 квартиль; 3 квартиль]

При изучении частоты встречаемости данного показателя было выявлено, что признаки ПТСР чаще отмечались в группе женщин как среди специалистов

медицинских организаций, оказывающих помощь по профилю «психиатрия-наркология» (в 8,9% VS 4,1%), так и по профилю «акушерство-гинекология» (в 4,7% VS 0%). Различия не достигали уровня статистической значимости (таблица 45).

Таблица 45 - Сравнение частоты встречаемости признаков ПТСР у обследованных медицинских работников с учетом специальности и гендерных различий (тест IES-R; n=575)

Признаки ПТСР	психиатрия-наркология			акушерство-гинекология		
	мужчины	женщины	p	мужчины	женщины	p
	n=73 (%)	n=348 (%)		n=6 (%)	n=148 (%)	
Отсутствие признаков ПТСР	70 (95,9%)	317 (91,1%)	0,171	6 (100%)	141 (95,3%)	0,586
Наличие признаков ПТСР	3 (4,1%)	31 (8,9%)		0	7 (4,7%)	

Примечание: p – уровень значимости

Результаты корреляционного анализа предикторов курения и злоупотребления алкоголем среди медицинских работников с учетом специальности и гендерных различий. Проведенный анализ позволил смоделировать корреляционные плеяды, отражающие взаимосвязи потребления никотина и алкоголя с социально-демографическими, социально-психологическими и клинико-психологическими факторами уязвимости среди специалистов, работающих в медицинских организациях по профилю «акушерство-гинекология» и «психиатрия-наркология» с учетом гендерных различий.

Корреляционный анализ предикторов курения и злоупотребления алкоголем среди специалистов, работающих по профилю «акушерство-гинекология». Малое количество принявших участие в исследовании специалистов мужского пола, работающих в организациях по профилю «акушерство и гинекология», накладывало серьезные ограничения для проведения статистического анализа. Полученные результаты представлены на рис. 8.

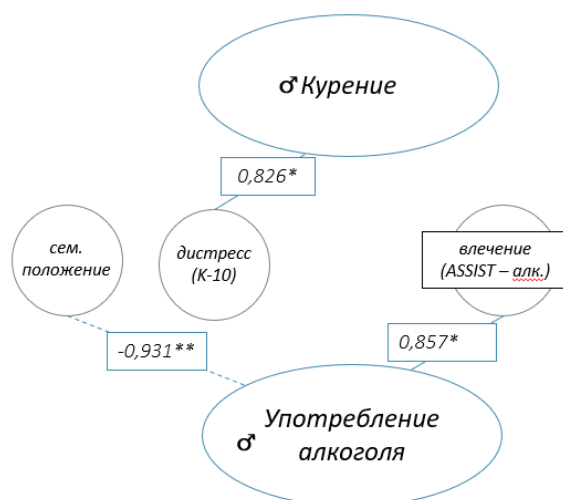


Рисунок 8 - Корреляционные плеяды, отражающие связи курения и употребления алкоголя с социально-демографическими и клинико-психологическими факторами уязвимости, в группе мужчин, работающих по профилю «акушерство-гинекология»

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$; сплошная линия – прямая связь; пунктирная линия – обратная связь

Выявленные корреляции свидетельствуют о более высоких показателях дистресса среди курящих специалистов мужского пола ($r=0,826$; $p \leq 0,05$). Употребление алкоголя с диагностируемым риском или злоупотребление им было в большей степени характерно для не состоящих в браке мужчин ($r=-0,931$; $p \leq 0,01$) и проявлялось в частом возникновении влечения к спиртным напиткам ($r=0,857$; $p \leq 0,05$). Употребление никотина и злоупотребление алкоголем не были взаимосвязаны.

В группе специалистов женского пола, работающих в медицинских организациях по профилю «акушерство и гинекология», наблюдалось большее число взаимосвязей между изучаемыми показателями (рис. 9).

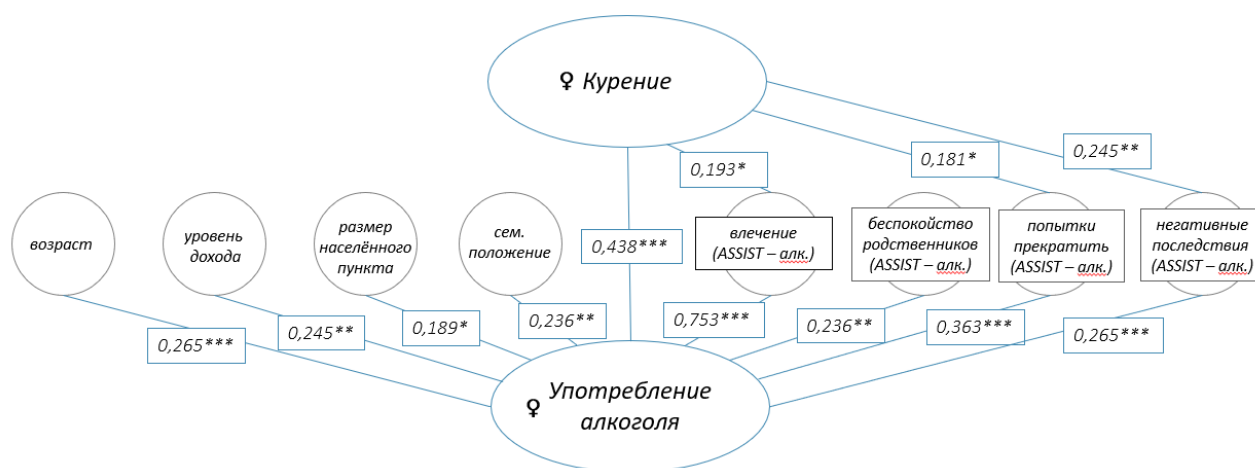


Рисунок 9 - Корреляционные плеяды, отражающие связи курения и употребления алкоголя с социально-демографическими и клинико-психологическими факторами уязвимости, в группе женщин, работающих по профилю «акушерство-гинекология»
 Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$; ** – уровень значимости $p \leq 0,01$; *** – уровень значимости $p \leq 0,001$; сплошная линия – прямая связь; пунктирная линия – обратная связь

Среди женщин рискованное употребление алкоголя и злоупотребление им было связано с увеличением возраста ($r=0,265$; $p \leq 0,001$), высоким уровнем дохода ($r=0,245$; $p \leq 0,01$), проживанием в крупном населенном пункте ($r=0,189$; $p \leq 0,05$), наличием партнерских или супружеских отношений ($r=0,236$; $p \leq 0,01$). Наиболее значимый вклад в показатель возникновения рисков, связанных со злоупотреблением алкоголем, вносило частое возникновение влечения к спиртному ($r=0,753$; $p \leq 0,001$), которое, в свою очередь, было взаимосвязано с курением ($r=0,193$; $p \leq 0,05$). Схожая тенденция наблюдалась с показателем, отражающим безуспешные попытки прекратить употребление алкоголя (вклад в употребление алкоголя – $r=0,363$; $p \leq 0,001$; связь с курением – $r=0,181$; $p \leq 0,05$), и с показателем возникновения негативных последствий из-за его чрезмерного употребления (вклад в употребление алкоголя – $r=0,265$; $p \leq 0,001$; связь с курением – $r=0,245$; $p \leq 0,01$). Отмечалась корреляция общего показателя рискованного употребления алкоголя или злоупотребления им с беспокойством родственников из-за употребления спиртного членом семьи из числа обследованных медицинских работников ($r=0,236$; $p \leq 0,001$). Употребление алкоголя было положительно связано с курением на высоком уровне статистической значимости ($r=0,438$; $p \leq 0,001$). Среди специалистов женского пола, работающих в организациях по профилю

«акушерство и гинекология», корреляционный анализ не выявил взаимосвязей между рискованным употреблением или злоупотреблением никотинсодержащей продукцией и алкогольными напитками с показателями психоэмоционального состояния.

Результаты корреляционного анализа предикторов курения и злоупотребления алкоголем среди специалистов, работающих по профилю «психиатрия-наркология»

Корреляционные плеяды, характеризующие рискованное употребление и злоупотребление никотином и алкоголем в группе мужчин, работающих в медицинских организациях по профилю «психиатрия-наркология», отражены на рис. 10.

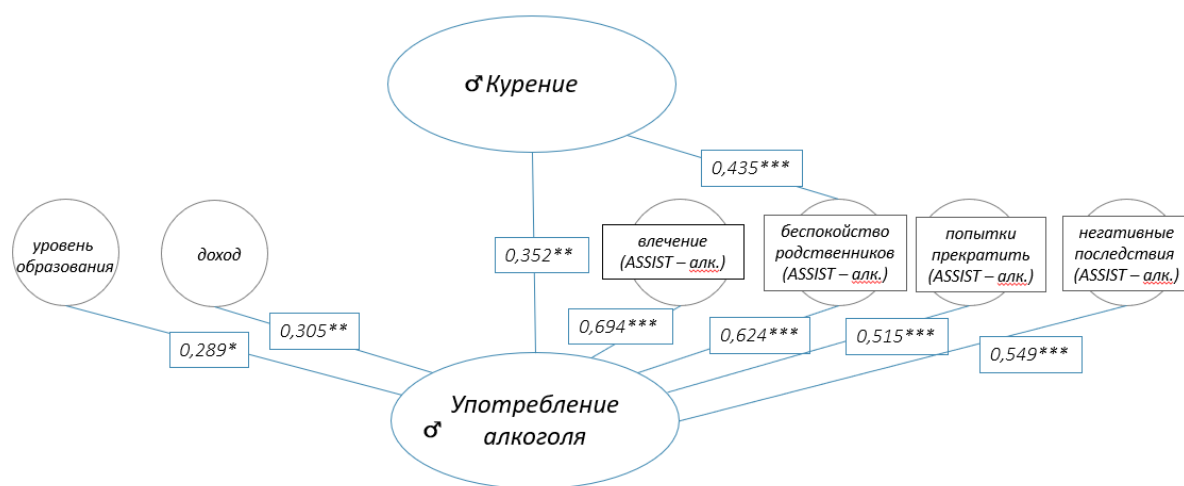


Рисунок 10 - Корреляционные плеяды, отражающие связи курения и употребления алкоголя с социально-демографическими и клинико-психологическими факторами уязвимости, в группе мужчин, работающих по профилю «психиатрия-наркология»

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$; ** – уровень значимости $p \leq 0,01$; *** – уровень значимости $p \leq 0,001$; сплошная линия – прямая связь; пунктирная линия – обратная связь.

В данной группе рискованное употребление алкоголя и злоупотребление им было связано с более высоким уровнем дохода ($r=0,305$; $p \leq 0,01$) и с более высоким уровнем образования ($r=0,289$; $p \leq 0,05$). Влечение к спиртным напиткам также вносило наибольший вклад в повышение показателя употребления алкоголя ($r=0,694$; $p \leq 0,001$). Можно отметить, что в данной группе были выявлены наиболее сильные взаимосвязи употребления алкоголя со следующими факторами: беспокойство родственников из-за употребления спиртного членом семьи из числа

обследованных медицинских работников ($r=0,624$; $p \leq 0,001$), негативные последствия ($r=0,549$; $p \leq 0,001$) и безуспешные попытки прекратить употребление алкоголя ($r=0,515$; $p \leq 0,001$). Курение было связано с увеличением обеспокоенности родственников употреблением алкоголя ($r=0,435$; $p \leq 0,001$), а также с основным показателем, отражающим риски из-за употребления алкоголя ($r=0,352$; $p \leq 0,01$). В данной группе вновь не отмечалось взаимосвязей употребления никотина и алкоголя с особенностями психоэмоционального состояния специалистов.

В группе женщин, работающих по профилю «психиатрия-наркология», наблюдалось наибольшее количество корреляций между изучаемыми показателями (рис. 11).

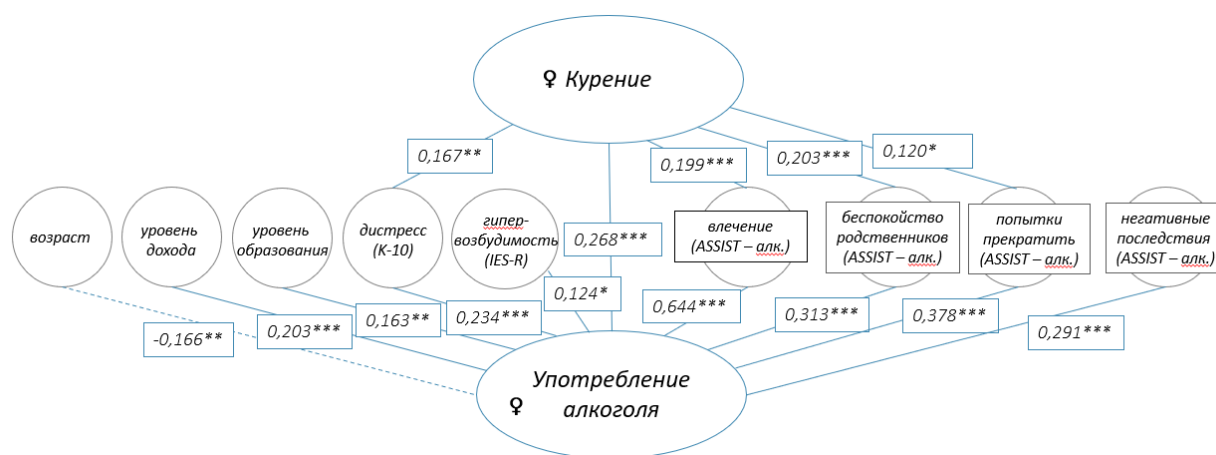


Рисунок 11 - Корреляционные плеяды, отражающие связи курения и употребления алкоголя с социально-демографическими и клинико-психологическими факторами уязвимости, в группе женщин, работающих по профилю «психиатрия-наркология»

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$; ** – уровень значимости $p \leq 0,01$; *** – уровень значимости $p \leq 0,001$; сплошная линия – прямая связь; пунктирная линия – обратная связь

Употребление алкоголя в данной группе было связано с более молодым возрастом специалистов ($r=-0,166$; $p \leq 0,01$), высоким уровнем дохода ($r=0,203$; $p \leq 0,001$) и образования ($r=0,163$; $p \leq 0,01$). Показатели психоэмоционального состояния, дистресс и гипервозбудимость в качестве симптома ПТСР, были положительно связаны с употреблением алкоголя (дистресс – $r=0,234$; $p \leq 0,001$, гипервозбудимость – $r=0,124$; $p \leq 0,05$), дистресс также коррелировал с курением ($r=0,167$; $p \leq 0,01$). Наибольший вклад в повышение рисков, связанных с употреблением алкоголя и злоупотреблением им, вносили следующие факторы: влечение к алкоголю ($r=0,644$; $p \leq 0,001$), попытки прекратить его употребление

($r=0,378$; $p\leq 0,001$), беспокойство родственников ($r=0,313$; $p\leq 0,001$) и негативные последствия из-за чрезмерного потребления спиртных напитков ($r=0,291$; $p\leq 0,001$). Курение среди женщин, работающих в медицинских организациях по профилю «психиатрия-наркология», также было связано с беспокойством родственников из-за употребления спиртного женщиной ($r=0,203$; $p\leq 0,001$), влечением к нему ($r=0,199$; $p\leq 0,001$) и безуспешными попытками прекратить его употребление ($r=0,120$; $p\leq 0,05$). Курение и употребление алкоголя были также положительно взаимосвязаны ($r=0,268$; $p\leq 0,001$).

Факторный анализ изучаемых показателей в группе селективных профилактических вмешательств. Для выявления клинико-психологических, социально-психологических и социально-демографических факторов риска формирования зависимого поведения у женщин репродуктивного возраста в группе селективных профилактических вмешательств проводился факторный анализ переменных. Многомерный факторный анализ (методом главных компонент) проводился в группах женщин с различным уровнем риска по курению и употреблению алкоголя. Также представлены данные по аналогичным уровням риска у мужчин для проведения сравнительного анализа. Рассматривались переменные с весами не ниже 0,5. Нагрузки, дисперсии, названия факторов и переменные, вошедшие в факторы, отражены в таблицах 47-49. Представлены модели с наибольшим процентом объясненной совокупной дисперсии.

Для проведения факторного анализа клинико-психологических, социально-психологических и социально-демографических предикторов формирования зависимого поведения выборка была разделена на 4 группы в зависимости от уровня риска потребления никотинсодержащей продукции и алкогольных напитков и гендерных различий.

Группы риска по употреблению никотинсодержащей продукции. Группу 1 составили медицинские работники, (а) не курившие в последние 3 месяца и (б) с низким риском употребления никотина (от 0 до 3 баллов по тесту ASSIST). Группу 2 – медицинские работники с умеренным риском употребления никотина (от 4 до 26 баллов по тесту ASSIST).

Группы риска по употреблению никотинсодержащей продукции. Группу 3 составили медицинские работники: а) не употреблявшие алкоголь в последние 3 месяца и б) с низким риском употребления алкоголя (от 0 до 10 баллов по тесту ASSIST). В Группу 4 были включены медицинские работники: в) с умеренным (от 11 до 26 баллов по тесту ASSIST) и г) высоким (более 27 баллов по тесту ASSIST) уровнями риска злоупотребления алкоголем. Данные по численному распределению обследованных медицинских работников представлены в таблице 46.

Таблица 46 - Группы исследования, разделенные по уровням риска употребления ПАВ

Группы	Уровень риска потребления ПАВ	Мужчины n (%)	Всего мужчин n (%)	Женщины n (%)	Всего женщин n (%)
Никотин (n=575)					
Группа 1	отсутствие употребления никотина за последние 3 месяца	40 (7,0%)	43 (7,5%)	345 (60,0%)	362 (63,0%)
	употребление никотина с низким риском (0-3 балла по тесту ASSIST)	3 (0,5%)		17 (3,0%)	
Группа 2	употребление никотина с умеренным риском (от 4 до 26 баллов по тесту ASSIST)	36 (6,3%)		134 (23,3%)	
Алкоголь (n=575)					
Группа 3	отсутствие употребления алкоголя за последние 3 месяца	22 (3,8%)	68 (11,8%)	177 (30,8%)	476 (82,8%)
	употребление алкоголя с низким риском (от 0 до 10 баллов по тесту ASSIST)	46 (8,0%)		299 (52,0%)	
Группа 4	употребление алкоголя с умеренным риском (от 11 до 26 баллов по тесту ASSIST)	8 (1,4%)	11 (1,9%)	19 (3,3%)	20 (3,5%)
	употребление алкоголя с высоким риском (более 27 баллов по тесту ASSIST)	3 (0,5%)		1 (0,2%)	

Факторный анализ параметров, влияющих на рискованное употребление никотинсодержащей продукции. Факторизация обобщенных переменных позволила выделить структуру предикторов, влияющих на риск формирования никотиновой (табачной) зависимости с учетом гендерных различий и уровня риска употребления никотина у медицинских работников Группы 1 и Группы 2.

Для медицинских работников мужского пола анализ позволил выделить пять факторов (F_1 - F_5), влияющих на формирование никотиновой зависимости. Для мужчин Группы 1, не куривших в последние 3 месяца или куривших с низким риском, суммарная дисперсия составила 74,8%. Для мужчин Группы 2, куривших с умеренным риском, суммарная дисперсия составила 73,1% (таблица 47).

Таблица 47 - Результаты факторного анализа параметров, влияющих на курение, в сравниваемых группах медицинских работников мужского пола ($n=79$)

Группа 1 (мужчины, $n=43$) Суммарная дисперсия 74,8%		Группа 2 (мужчины, $n=36$) Суммарная дисперсия 73,1%	
Факторные нагрузки	Переменные фактора	Факторные нагрузки	Переменные фактора
Фактор психоэмоционального состояния F_1 (23,4%)		Фактор психоэмоционального состояния и уровня образования F_1 (19,9%)	
0,949	Гипервозбудимость (шкала IES-R)	0,922	Вторжение (шкала IES-R)
0,947	Избегание (шкала IES-R)	0,793	Гипервозбудимость (шкала IES-R)
0,945	Вторжение (шкала IES-R)	0,723	Избегание (шкала IES-R)
0,734	Дистресс (шкала К-10)	-0,688	Уровень образования
Фактор риска психосоциальных и клинических предикторов алкогольной зависимости F_2 (18,7%)		Фактор риска психосоциальных и клинических предикторов алкогольной зависимости F_2 (17,7%)	
0,917	Безуспешные попытки сократить употребление алкоголя (тест ASSIST)	0,937	Невыполнение обещанного из-за употребления алкоголя (тест т ASSIST)
0,847	Негативные последствия из-за употребления алкоголя (тест ASSIST)	0,912	Негативные последствия из-за употребления алкоголя (тест ASSIST)
0,805	Невыполнение обещанного из-за употребления алкоголя (тест ASSIST)	0,577	Безуспешные попытки сократить употребление алкоголя (тест ASSIST)
0,558	Обеспокоенность родственников употреблением алкоголя (тест ASSIST)		

Продолжение таблицы 47 - Результаты факторного анализа параметров, влияющих на курение, в сравниваемых группах медицинских работников мужского пола (n=79)

Группа 1 (мужчины, n=43) Суммарная дисперсия 74,8%		Группа 2 (мужчины, n=36) Суммарная дисперсия 73,1%	
Факторные нагрузки	Переменные фактора	Факторные нагрузки	Переменные фактора
Социально-демографический фактор F₃ (13,0%)		Социально-демографический фактор F₃ (15,1%)	
-0,787	Семейное положение	0,834	Количество совместно проживающих членов семьи
0,754	Уровень образования	-0,805	Семейное положение
0,674	Количество совместно проживающих членов семьи	0,567	Возраст
Фактор возраста F₄ (10,1%)		Фактор обеспокоенности родственников курением и употреблением алкоголя F₄ (10,5%)	
0,886	Возраст	0,849	Обеспокоенность родственников курением (тест ASSIST)
		0,753	Обеспокоенность родственников употреблением алкоголя (тест ASSIST)
Фактор урбанизации и обеспокоенности родственников курением F₅ (9,7%)		Фактор дистресса и социально-экономических условий F₅ (9,8%)	
-0,889	Размер населенного пункта	0,891	Дистресс (шкала К-10)
0,664	Обеспокоенность родственников курением (тест ASSIST)	0,531	Размер населенного пункта
		0,579	Доход на одного члена семьи

1) Первый фактор (F₁) включал показатели наличия травматического опыта у мужчин обеих групп: гипервозбудимость, избегание мыслей о травматическом событии и вторжение подобных мыслей. Для мужчин Группы 1 в первую очередь отмечалась гипервозбудимость (факторная нагрузка = 0,949), а для мужчин с умеренным риском употребления никотина (Группа 2) – вторжение мыслей о травматическом событии (факторная нагрузка = 0,922). В Группе 1 в структуру первого фактора также были включены показатели дистресса (факторная нагрузка = 0,734). В Группе 2 первый фактор был дополнен показателем уровня образования с отрицательным значением (факторная нагрузка = -0,688), что может говорить о

повышении показателей психоэмоционального напряжения в группе с рискованным употреблением алкоголя при более низком уровне образования.

2) Второй фактор (F_2) «Фактор риска психосоциальных и клинических предикторов алкогольной зависимости» для Группы 1 был в первую очередь обусловлен безуспешными попытками сократить потребление алкоголя (факторная нагрузка = 0,917), что может быть связано с осознанием проблемы возникновения влечения к продолжению потребления при зависимом поведении, а для Группы 2 – невыполнением обещанного вследствие употребления спиртного (факторная нагрузка = 0,937). Последующим для обеих групп был показатель негативных последствий употребления алкоголя с более сильной факторной нагрузкой для мужчин Группы 2 (Группа 1: факторная нагрузка = 0,847, Группа 2: факторная нагрузка = 0,912). Примечательно, что обеспокоенность родственников употреблением алкоголя медицинскими работниками мужского пола вошла во второй фактор только для Группы 1 (факторная нагрузка = 0,588).

3) Третий фактор (F_3), обозначенный нами как «Социально-демографический фактор», включал несколько схожих для обеих групп показателей, а именно семейное положение с отрицательной факторной нагрузкой, выходявшее на первый план в Группе 1 (факторная нагрузка = -0,787) и на второй план – для Группы 2 (факторная нагрузка = -0,805), а также количество совместно проживающих членов семьи, имеющее главенствующее значение для данного фактора в Группе 2 (факторная нагрузка = 0,834), и третье по значимости в Группе 1 (факторная нагрузка = 0,674). Для мужчин Группы 1 данный фактор также составлял показатель уровня образования (факторная нагрузка = 0,754), а для Группы 2 – возраст (факторная нагрузка = 0,567).

4) Четвертый фактор (F_4) для Группы 1 включал только показатель возраста (факторная нагрузка = 0,886). Для Группы 2 четвертый фактор объединял обеспокоенность родственников медицинских работников их курением (факторная нагрузка = 0,849) и употреблением алкоголя (факторная нагрузка = 0,753). Таким образом, в Группе 2 внимание родственников к проблеме курения и употребления

алкоголя является отдельным значимым фактором, вносящим вклад в формирование зависимости от никотина.

5) Пятый фактор (F_5) включал различные показатели для изучаемых групп. В Группе 1 «Фактор урбанизации и обеспокоенности родственников курением» включал проживание в населенном пункте с меньшей численностью населения (факторная нагрузка = -0,889), а также обеспокоенность родственников курением (факторная нагрузка = 0,664). В Группе 2 «Фактор дистресса и социально-экономических условий» определял рискованное курение более высоким уровнем психологического дистресса (факторная нагрузка = 0,891), а также проживанием в городе с большей численностью населения (факторная нагрузка = 0,531) и более высокими доходами медицинского работника (факторная нагрузка = 0,579).

Для медицинских работников женского пола анализ позволил выделить шесть факторов (F_1 - F_6), влияющих на формирование никотиновой зависимости. Для женщин Группы 1, не куривших в последние 3 месяца или куривших с низким риском, суммарная дисперсия составила 71,2%; для женщин Группы 2, куривших в последние 3 месяца с умеренным риском, суммарная дисперсия составила 72,1% (таблица 48).

Таблица 48 - Результаты факторного анализа параметров, влияющих на курение, в сравниваемых группах медицинских работников женского пола ($n=496$)

Группа 1, женщины Суммарная дисперсия 71,2%		Группа 2, женщины Суммарная дисперсия 72,1%	
Факторные нагрузки	Переменные фактора	Факторные нагрузки	Переменные фактора
Фактор посттравматического стрессового расстройства F_1 (21,5%)		Фактор посттравматического стрессового расстройства F_1 (19,5%)	
0,977	Вторжение (шкала IES-R)	0,945	Вторжение (шкала IES-R)
0,969	Избегание (шкала IES-R)	0,934	Избегание (шкала IES-R)
0,963	Гипервозбудимость (шкала IES-R)	0,929	Гипервозбудимость (шкала IES-R)
Фактор психосоциальных последствий алкогольной зависимости F_2 (12,3%)		Фактор дистресса и возраста F_2 (13,2%)	
0,914	Негативные последствия из-за употребления алкоголя (тест ASSIST)	0,842	Дистресс (шкала K-10)
0,901	Невыполнение обещанного из-за употребления алкоголя (тест ASSIST)	-0,739	Возраст

Продолжение таблицы 48 - Результаты факторного анализа параметров, влияющих на курение, в сравниваемых группах медицинских работников женского пола (n=496)

Группа 1, женщины Суммарная дисперсия 71,2%		Группа 2, женщины Суммарная дисперсия 72,1%	
Факторные нагрузки	Переменные фактора	Факторные нагрузки	Переменные фактора
Фактор малой социальной группы F₃ (9,8%)		Фактор психосоциальных последствий алкогольной зависимости F₃ (11,0%)	
0,832	Количество совместно проживающих членов семьи	0,837	Негативные последствия из-за употребления алкоголя (тест ASSIST)
-0,786	Семейное положение	0,789	Невыполнение обещанного из-за употребления алкоголя (тест ASSIST)
Фактор клинических и психосоциальных предикторов зависимости от алкоголя F₄ (9,8%)		Фактор, связанный с беспокойством родственников курением F₄ (9,9%)	
0,828	Безуспешные попытки сократить употребление алкоголя (тест ASSIST)	0,694	Размер населенного пункта
0,779	Обеспокоенность родственников употреблением алкоголя (тест ASSIST)	0,630	Уровень образования
		0,620	Обеспокоенность родственников употреблением никотина (тест ASSIST)
Фактор, связанный с беспокойством родственников курением F₅ (8,9%)		Фактор малой социальной группы F₅ (9,4%)	
0,731	Обеспокоенность родственников употреблением никотина (тест ASSIST)	0,784	Семейное положение
-0,597	Возраст	-0,680	Количество совместно проживающих членов семьи
0,536	Дистресс (шкала К-10)		
Фактор социального статуса F₆ (8,9%)		Фактор клинических и психосоциальных предикторов зависимости от алкоголя F₆ (9,2%)	
0,787	Размер населенного пункта	0,729	Обеспокоенность родственников употреблением алкоголя (тест ASSIST)
0,758	Уровень образования	0,708	Безуспешные попытки сократить употребление алкоголя (тест ASSIST)

1) Первый фактор (F_1) – «Посттравматическое стрессовое расстройство» - для обеих групп женщин включал идентичные показатели в одинаковом порядке: вторжение мыслей о травматическом событии (для Группы 1 факторная нагрузка = 0,966, для Группы 2 факторная нагрузка = 0,945), избегание мыслей о травматическом событии (для Группы 1 факторная нагрузка = 0,969, для Группы 2 факторная нагрузка = 0,934) и гипервозбудимость (для Группы 1 факторная нагрузка = 0,963, для Группы 2 факторная нагрузка = 0,929).

2) Второй фактор (F_2) в Группе 1 был обозначен как «Фактор психосоциальных последствий алкогольной зависимости» и включал негативные последствия (факторная нагрузка=0,914) и невыполнение обещанных дел (факторная нагрузка = 0,901) вследствие употребления алкоголя. Для Группы 2 с умеренным риском курения второй фактор включал параметры выраженного дистресса (факторная нагрузка = 0,842) и возраста обследованных женщин с отрицательным значением (факторная нагрузка = -0,739).

3) Третий фактор (F_3) для Группы 1 включал показатели малой социальной группы, где повышение рисков, связанных с курением, было обусловлено большим количеством совместно проживающих членов семьи (факторная нагрузка = 0,832) при менее благоприятном семейном положении (факторная нагрузка = -0,786). Для Группы 2 третий фактор определял значимость психосоциальных последствий алкогольной зависимости (факторная нагрузка = 0,837), а именно наличие негативных последствий из-за употребления алкоголя и невыполнения обещанных дел (факторная нагрузка = 0,789).

4) Четвертый фактор (F_4) также имел разную направленность для изучаемых групп. В Группе 1 были выделены показатели безуспешных попыток сократить потребление алкоголя (факторная нагрузка = 0,828) и обеспокоенность родственников его употреблением (факторная нагрузка = 0,779). В Группе 2 структуру четвертого фактора составили: проживание в более крупном населённом пункте (факторная нагрузка = 0,694), более высокий уровень образования (факторная нагрузка = 0,630) и обеспокоенность родственников курением (факторная нагрузка = 0,620).

5) Пятый фактор (F_5) для Группы 1 был обозначен как «Фактор, связанный с беспокойностью родственников курением», и его составили следующие показатели: беспокойность родственников употреблением никотина (факторная нагрузка = 0,731), более молодой возраст (факторная нагрузка = -0,597) и высокий уровень психологического дистресса (факторная нагрузка = 0,536). В Группе 2 пятый «Фактор малой социальной группы» был представлен более благоприятным семейным статусом (факторная нагрузка = 0,784) и меньшим количеством совместно проживающих членов семьи (факторная нагрузка = -0,680).

6) Шестой фактор (F_6): для Группы 1 был обозначен как «Фактор социального статуса» и включал показатели: проживание в более крупном населенном пункте (факторная нагрузка = 0,787) и более высокий уровень образования (факторная нагрузка = 0,758). Для Группы 2 шестой фактор был обозначен как «Фактор клинических и психосоциальных предикторов зависимости от алкоголя» и включал те же пункты, как и для F_4 Группы 1, а именно беспокойность родственников употреблением алкоголя (факторная нагрузка = 0,729) и безуспешные попытки сократить его употребление (факторная нагрузка = 0,708). Однако в группе с рискованным уровнем потребления никотинсодержащей продукции шестой фактор объяснял меньшее число дисперсии.

Факторный анализ параметров, влияющих на рискованное употребление алкоголя. Факторизация переменных позволила выделить структуру факторов, влияющих на риск злоупотребления алкоголем и формирования алкогольной зависимости с учетом гендерных особенностей обследованных медицинских работников Группы 3 и Группы 4. Для медицинских работников мужского пола анализ позволил выделить пять факторов (F_1 - F_5), влияющих на формирование алкогольной зависимости. В Группе 3 медицинских работников мужского пола, не употреблявших алкоголь в последние 3 месяца или употреблявших его с низким риском, суммарная дисперсия составила 64,7% и была объяснима пятью факторами (F_1 - F_5). В Группе 4 медицинских работников мужского пола с умеренным и высоким уровнями риска злоупотребления алкоголем суммарная дисперсия составила 79,4% и была объяснима четырьмя факторами (F_1 - F_4) (таблица 49).

Таблица 49 - Результаты факторного анализа параметров, влияющих на злоупотребление алкоголем, в сравниваемых группах медицинских работников мужского пола (n=79)

Группа 3 (мужчины, n=68) Суммарная дисперсия 64,7%		Группа 4 (мужчины, n=11) Суммарная дисперсия 79,4%	
Факторные нагрузки	Переменные фактора	Факторные нагрузки	Переменные фактора
Фактор посттравматического стрессового расстройства F₁ (20,7%)		Социально-демографический фактор F₁ (27,0%)	
0,946	Вторжение (шкала IES-R)	0,869	Возраст
0,945	Гипервозбудимость (шкала IES-R)	-0,825	Доход
0,918	Избегание (шкала IES-R)	0,796	Размер населенного пункта
		-0,778	Семейное положение
		0,657	Количество совместно проживающих членов семьи
Фактор социально-благополучных условий, успешных попыток сократить употребление алкоголя и дистресса F₂ (12,7%)		Фактор психоэмоционального напряжения F₂ (18,1%)	
0,639	Уровень образования	0,930	Дистресс (шкала К-10)
-0,612	Безуспешные попытки сократить употребление алкоголя (тест ASSIST)	0,670	Гипервозбудимость (шкала IES-R)
0,597	Размер населенного пункта		
0,545	Дистресс (шкала К-10)		
Фактор влияния последствий употребления алкоголя на малую социальную группу F₃ (11,4%)		Фактор посттравматического стрессового расстройства F₃ (18,0%)	
-0,756	Семейное положение	0,965	Вторжение (шкала IES-R)
-0,661	Количество совместно проживающих членов семьи	0,728	Избегание (шкала IES-R)
0,570	Негативные последствия из-за употребления алкоголя (тест ASSIST)		

Продолжение таблицы 49 - Результаты факторного анализа параметров, влияющих на злоупотребление алкоголем, в сравниваемых группах медицинских работников мужского пола (n=79)

Группа 3 (мужчины, n=68) Суммарная дисперсия 64,7%		Группа 4 (мужчины, n=11) Суммарная дисперсия 79,4%	
Факторные нагрузки	Переменные фактора	Факторные нагрузки	Переменные фактора
Фактор психосоциальных последствий зависимого поведения F₄ (11,1%)		Фактор уровня образования и психосоциальных последствий зависимого поведения F₄ (16,3%)	
0,832	Обеспокоенность родственников употреблением никотина (тест ASSIST)	0,823	Уровень образования
0,672	Обеспокоенность родственников употреблением алкоголя (тест ASSIST)	0,705	Обеспокоенность родственников употреблением никотина (тест ASSIST)
		-0,560	Негативные последствия из-за употребления алкоголя (тест ASSIST)
Фактор более молодого возраста и ответственного поведения F₅ (8,9%)			
-0,813	Возраст		
-0,543	Невыполнение обещанного из-за употребления алкоголя (тест ASSIST)		

1) Первый фактор (F₁). В Группе 3 среди мужчин, не употреблявших алкоголь или употреблявших его с низким риском, первый фактор был представлен показателями посттравматического стрессового расстройства: вторжением мыслей о травматическом событии (факторная нагрузка = 0,946), гипервозбудимостью (факторная нагрузка = 0,945) и избеганием навязчивых мыслей (факторная нагрузка = 0,918). В Группе 4 среди медицинских работников мужского пола с умеренным и высоким уровнями риска злоупотребления алкоголем первый фактор с наибольшим числом объясняющей дисперсии был обозначен как «Социально-демографический фактор». В его структуру входили: старший возраст (факторная нагрузка = 0,869), более низкий доход (факторная нагрузка = -0,825), проживание в более развитом населенном пункте (факторная нагрузка = 0,796), менее благоприятное семейное положение – развод или вдовство (факторная нагрузка = -

0,778), а также большее количество совместно проживающих членов семьи (факторная нагрузка = 0,657). Таким образом, для мужчин Группы 4, требующих индикативной формы вмешательств, наиболее значимыми могут быть определены именно параметры социальной среды.

2) Второй фактор (F_2) в Группе 3 был представлен разнонаправленными показателями, а именно: более высоким уровнем образования (факторная нагрузка = 0,639), успешными попытками сократить употребление алкоголя (факторная нагрузка = -0,612), проживанием в более крупном населенном пункте (факторная нагрузка = 0,597) и высоким уровнем психологического дистресса (факторная нагрузка = 0,545). В группе 4 второй фактор можно определить как «Фактор психоэмоционального напряжения», представленный в первую очередь высоким уровнем психологического дистресса (факторная нагрузка = 0,930), а также гипервозбудимостью в ответ на травматичное событие (факторная нагрузка = 0,670).

3) Третий фактор (F_3) для Группы 3 наглядно представлял влияние негативных последствий употребления алкоголя на малую социальную группу, включая факторы менее благоприятного семейного положения (факторная нагрузка = -0,756), меньшее количество проживающих совместно членов семьи (факторная нагрузка = -0,661) и сами негативные последствия употребления (факторная нагрузка = 0,570). Для Группы 4 был выделен отдельно фактор посттравматического стрессового расстройства, включавший вторжение мыслей о травматичном событии (факторная нагрузка = 0,965) и их избегание (факторная нагрузка = 0,728).

4) Четвертый фактор (F_4). В Группе 3 фактор определял психосоциальные последствия зависимого поведения и включал показатели беспокойности родственников курением (факторная нагрузка = 0,832) и употреблением спиртного (факторная нагрузка = 0,672). В Группе 4 с рискованным употреблением алкоголя структуру четвертого фактора составили: более высокий уровень образования (факторная нагрузка = 0,823), беспокойность родственников курением (факторная нагрузка = 0,705) и отсутствие негативных последствий употребления спиртных напитков (факторная нагрузка = -0,560).

5) Пятый фактор (F_5) был выделен только для мужчин Группы 3 и был определен более молодым возрастом (факторная нагрузка = -0,813) и отсутствием влияния алкоголя на выполнение запланированных дел (факторная нагрузка = -0,543).

Для медицинских работников женского пола анализ определил шесть факторов (F_1 - F_6), влияющих на формирование алкогольной зависимости в Группе 3 – женщин, не употреблявших алкоголь в последние 3 месяца или употреблявших его с низким риском, где суммарная дисперсия составила 67,0%, и пять факторов (F_1 - F_5) в Группе 4 – медицинских работников женского пола с умеренным и высоким риском злоупотребления алкоголем, суммарная дисперсия составила 83,3%. Факторная модель представлена в таблице 50.

Таблица 50 - Результаты факторного анализа параметров, влияющих на употребление алкоголя, в сравниваемых группах медицинских работников женского пола (n=496)

Группа 3 (женщины, n=476) Суммарная дисперсия 67,0%		Группа 4 (женщины, n=20) Суммарная дисперсия 83,3%	
Факторные нагрузки	Переменные фактора	Факторные нагрузки	Переменные фактора
Фактор посттравматического стрессового расстройства F_1 (20,1%)		Фактор посттравматического стрессового расстройства F_1 (26,1%)	
0,973	Вторжение (шкала IES-R)	0,985	Гипервозбудимость (шкала IES-R)
0,964	Избегание (шкала IES-R)	0,980	Вторжение (шкала IES-R)
0,957	Гипервозбудимость (шкала IES-R)	0,976	Избегание (шкала IES-R)
Фактор малой социальной группы F_2 (10,2%)		Социально-демографический фактор F_2 (17,6%)	
0,788	Семейное положение	-0,848	Количество совместно проживающих членов семьи
-0,761	Количество совместно проживающих членов семьи	0,809	Доход
		0,777	Уровень образования

Продолжение таблицы 50 - Результаты факторного анализа параметров, влияющих на употребление алкоголя, в сравниваемых группах медицинских работников женского пола (n=496)

Группа 3 (женщины, n=476) Суммарная дисперсия 67,0%		Группа 4 (женщины, n=20) Суммарная дисперсия 83,3%	
Факторные нагрузки	Переменные фактора	Факторные нагрузки	Переменные фактора
Фактор уровня образования и урбанизации F ₃ (9,9%)		Фактор психосоциальных предикторов алкогольной зависимости F ₃ (16,3%)	
0,698	Уровень образования	0,862	Обеспокоенность родственников употреблением никотина (тест ASSIST)
0,678	Размер населенного пункта	-0,729	Возраст
Фактор психосоциальных последствий зависимости F ₄ (9,7%)		Социально-демографический фактор и негативные последствия злоупотребления алкоголем F ₄ (12,0%)	
0,833	Невыполнение обещанного из-за употребления алкоголя (тест ASSIST)	0,912	Негативные последствия из-за употребления алкоголя (тест ASSIST)
0,804	Негативные последствия из-за употребления алкоголя (тест ASSIST)	0,646	Семейное положение
Фактор обеспокоенности родственников зависимым поведением женщины F ₅ (8,4%)		Фактор урбанизации и психологического дистресса F ₅ (11,2%)	
0,759	Обеспокоенность родственников употреблением алкоголя (тест ASSIST)	0,796	Размер населенного пункта
0,669	Обеспокоенность родственников употреблением никотина (тест ASSIST)	0,747	Дистресс (шкала К-10)
Фактор патологического влечения к употреблению алкоголя F ₆ (8,0%)			
0,809	Безуспешные попытки сократить употребление алкоголя (тест ASSIST)		

1) Первый фактор (F₁) для обеих групп женщин включал показатели посттравматического стрессового состояния: гипервозбудимость, вторжение мыслей о пережитом травматическом опыте в повседневную жизнь и их избегание. Для Группы 3 на первый план выходили мысли о травмирующем событии

(факторная нагрузка = 0,579), а для Группы 4 – гипервозбудимость (факторная нагрузка = 0,579).

2) Второй фактор (F_2) для Группы 3 был обозначен как «Фактор малой социальной группы» и включал более благоприятное семейное положение (факторная нагрузка = 0,788) при меньшем количестве совместно проживающих членов семьи (факторная нагрузка = -0,761). Для Группы 4 второй фактор включал несколько другие характеристики: хотя по-прежнему имело значение меньшее количество совместно проживающих членов семьи (факторная нагрузка = -0,848), также имели место более высокие доход (факторная нагрузка = 0,809) и образование (факторная нагрузка = 0,777).

3) Третий фактор (F_3) в Группе 3 характеризовался более высоким уровнем образования (факторная нагрузка = 0,698) и проживанием в развитом населенном пункте (факторная нагрузка = 0,678). Для Группы 4 третий фактор был представлен обеспокоенностью родственников курением (факторная нагрузка = 0,862) и более молодым возрастом медицинских работников женского пола (факторная нагрузка = -0,729).

4) Четвертый фактор (F_4) для обеих изучаемых групп включал негативные последствия из-за употребления алкоголя, однако в Группе 4 данный показатель выходил на первый план (факторная нагрузка = 0,912) и был дополнен более благоприятным семейным положением (факторная нагрузка = 0,646). В Группе 3 негативные последствия уходили на второй план (факторная нагрузка = 0,804) после невыполнения обещанного в связи с употреблением алкоголя (факторная нагрузка = 0,833).

5) Пятый фактор (F_5) в Группе 3 представлял обеспокоенность родственников зависимым поведением женщины: употреблением алкоголя (факторная нагрузка = 0,759) и курением (факторная нагрузка = 0,669). В Группе 4 среди женщин с более высоким риском злоупотребления алкоголем пятый фактор характеризовался проживанием в более крупном населенном пункте (факторная нагрузка = 0,796) в совокупности с более высоким уровнем психологического дистресса (факторная нагрузка = 0,747).

6) Шестой фактор (F_6), обозначенный нами как «Фактор патологического влечения к употреблению алкоголя», был выделен только для женщин Группы 3 и включал безуспешные попытки сокращения употребления алкоголя (факторная нагрузка = 0,809). Примечательно, что для Группы 4 данный показатель в факторную модель не вошел, что может говорить о снижении или отрицании значения данного показателя для женщин с высоким риском злоупотребления алкоголем.

Резюмируя результаты реализации единого алгоритма диагностических и профилактических мероприятий в группе селективных профилактических вмешательств, можно сказать следующее:

1) Для женщин, работающих по профилю «акушерство-гинекология», злоупотребление алкоголем было связано с более старшим возрастом ($r=0,265$; $p\leq 0,001$), с высоким уровнем дохода ($r=0,245$; $p\leq 0,01$), проживанием в крупном населенном пункте ($r=0,189$; $p\leq 0,05$) и с более благоприятным семейным статусом – замужеством ($r=0,236$; $p\leq 0,01$). Употребление алкоголя было положительно связано с курением ($r=0,438$; $p\leq 0,001$).

2) Для женщин, работающих в наркологии, злоупотребление алкоголем было взаимосвязано с наибольшим числом факторов риска: более молодой возраст специалистов ($r=-0,166$; $p\leq 0,01$), более высокие уровни дохода ($r=0,203$; $p\leq 0,001$) и образования ($r=0,163$; $p\leq 0,01$). Также были обнаружены корреляции с признаками психоэмоционального неблагополучия: дистрессом ($r=0,234$; $p\leq 0,001$) и гипервозбудимостью в качестве симптома ПТСР ($r=0,124$; $p\leq 0,05$). Курение и употребление алкоголя были также положительно взаимосвязаны ($r=0,268$; $p\leq 0,001$).

3) Наибольший вклад в увеличение риска злоупотребления как никотинсодержащей продукцией, так и алкоголем для медицинских работников обоего пола с различными уровнями риска (не употреблявших ПАВ или употреблявших их с низким, умеренным и высоким риском) вносил фактор ПТСР и психологического дистресса. Оба фактора для всех изучаемых групп находились на первых ранговых местах, объясняя от 19,5 до 27,0% дисперсии, что указывает на необходимость получения медицинскими работниками регулярной

таргетированной психологической помощи, так как они подвергаются большой психоэмоциональной нагрузке при выполнении своих профессиональных обязанностей.

4) Для медицинских работников женского пола, куривших в последние 3 месяца или куривших с низким или умеренным риском, увеличивали вероятность злоупотребления никотинсодержащей продукцией наличие клинических признаков злоупотребления алкоголем (негативные последствия и невыполнение обязательств, связанных с употреблением), отсутствие супружеских или партнерских отношений и большое количество совместно проживающих членов семьи.

5) Для медицинских работников женского пола, куривших с умеренным риском, увеличивали вероятность злоупотребления никотинсодержащей продукцией более молодой возраст и влияние клинических признаков злоупотребления алкоголем (негативные последствия и невыполнение обязательств, связанных с употреблением).

6) Для медицинских работников женского пола, не употреблявших алкоголь в последние 3 месяца или употреблявших его с низким риском, наибольший вклад в увеличение риска злоупотребления вносили следующие социально-демографические факторы: наличие брачных отношений наряду с малым количеством членов семьи, более высокий уровень образования, проживание в более крупном городе. Также имело значение наличие клинических признаков злоупотребления: негативные последствия, беспокойность родственников курением и употреблением алкоголя, а также безуспешные попытки сократить потребление алкоголя.

7) В группе медицинских работников женского пола, употреблявших алкоголь с умеренным или высоким риском, вклад в увеличение риска злоупотребления алкоголем также вносили социально-демографические факторы: одинокое проживание или малое количество совместно проживающих членов семьи наряду с высоким доходом и более молодым возрастом. Также обращали на себя внимание единичные признаки клинических проявлений злоупотребления алкоголем, что может указывать на наличие анозогнозии, так же, как и в

соответствующей по уровню риска группе мужчин (Фадеева Е.В., Лановая А.М., 2024в; Фадеева Е.В., Цветкова Л.А., Лановая А.М., 2025).

4.2.2. Результаты реализации единого алгоритма диагностических и превентивных вмешательств в группе индикативной профилактики

На основном этапе исследования по реализации диагностических методов и превентивных подходов в качестве объекта индикативных профилактических вмешательств были обследованы 204 беременные женщины.

Основные социально-демографические данные выборки. Большая часть обследованных женщин находились на III триместре беременности (средний срок гестации составлял 35,1 неделя). На втором триместре беременности (с 14 по 27 неделю) находились 24 женщины (11,8%), на третьем триместре (с 28 недели и до родов) - 178 женщин (87,3%) (таблица 51).

Таблица 51 - Основные социально-демографические данные обследованных беременных женщин (n=204)

Исследуемые характеристики		n (%)
Возраст	30 и моложе	87 (42,4)
	31-40	107 (52,2)
	41-50	9 (4,4)
	51 и старше	2 (1,0)
Семейное положение	замужем	170 (82,9)
	не замужем	27 (13,2)
	разведена	4 (2,)
	вдова	1 (0,5)
Число детей	детей нет, беременна первым ребенком	76 (37,1)
	один	71 (34,6)
	двое	38 (18,5)
	трое и более	7 (3,4)
Образовательный статус	среднее	20 (9,8)
	незаконченное среднее профессиональное	7 (3,4)
	среднее профессиональное	84 (41,0)
	незаконченное высшее	9 (4,4)
	высшее	83 (40,5)
Основной род занятости	ведение домашнего хозяйства	21 (10,2)
	частичная занятость	15 (7,3)
	полная занятость	131 (63,9)
Среднемесячный доход домохозяйства (общий доход всех членов семьи)	до 20 тыс. рублей	16 (7,8)
	20-40 тыс. рублей	71 (34,6)
	40-80 тыс. рублей	73 (35,6)
	80 тыс. рублей и более	40 (19,5)
Место жительства	сельское поселение	18 (8,8)
	малый город или поселок	93 (45,4)
	средний или большой город	85 (41,5)
	крупный город	2 (1,0)
	крупнейший город	5 (2,4)

Средний возраст обследованных составил $30,9 \pm 7,0$ лет с достаточно широкой вариативностью: 4,5% женщин были в возрасте младше 20 лет, 33,9% - от 20 до 29 лет, 54,1% - от 30 до 39 лет, 7,2% – старше 40 лет. Большинство женщин (84,2%) состояли в браке, 13,4% - были не замужем, 2,0% - разведены, 0,5% - вдовы. У большинства беременных женщин (60,4%) на момент обследования уже были дети: у 37,0% - 1 ребенок, у 19,8% - 2 ребенка, у 3,6% - три и более детей. Чуть более трети женщин (39,6%) были беременны первым ребенком.

Полное высшее профессиональное образование имели 40,9% участниц исследования, среднее профессиональное образование – 41,4%, общее среднее образование – 9,9%, остальные женщины имели незаконченное образование, в том числе по причине академического отпуска в связи с текущей беременностью. Для большинства женщин (64,2%) была характерна полная занятость. Проживали в крупнейшем или крупном городе с численностью населения свыше 250 тысяч только 3,5% женщин, в среднем или большом городе с численностью населения от 50 тысяч до 250 тысяч человек – 41,9%, в малом городе или поселке с численностью населения до 50 тысяч человек – 45,8%, в сельском поселении – 8,9%. Среднемесячный доход домохозяйства (общий доход всех членов семьи) опрошенных женщин составил менее 20 тыс. рублей у 7,8%, от 20 до 40 тыс. рублей – у 34,6%, от 40 до 80 тыс. рублей – у 35,6%, от 80 до 120 тыс. рублей – у 14,6%, от 120 тыс. рублей и более – у 3,9% (Фадеева Е.В., 2024б; Фадеева Е.В., 2024в; Фадеева Е.В., Лановая А.М., 2024г; Фадеева Е.В., Лановая А.М., 2025).

Изучение частоты и количества потребляемых ПАВ с использованием теста ASSIST. Количественная интерпретация результатов, согласно методологии скринингового инструмента, была затруднена, поскольку не учитывает основной рекомендации по потреблению ПАВ во время беременности – необходимости полного отказа от их употребления. В настоящей статье количественная интерпретация любого уровня риска потребления ПАВ (низкая, умеренная или высокая) оценивалась как злоупотребление.

Курение. На вопрос об использовании всех видов никотинсодержащей продукции (традиционные сигареты, электронные сигареты, вейпы, испарители, кальян и др.) 67,3% женщин сообщили, что подобный опыт имели. За последние 12 месяцев курили 23,5% опрошенных женщин, в последние 3 месяца - 10,3% женщин. Из куривших в последние 3 месяца (10,3%) 6,4% использовали никотинсодержащую продукцию ежедневно или почти ежедневно (от 5 до 7 дней в неделю); 1,9% - еженедельно (от одного до четырех раз в неделю); 1,9% - несколько раз в месяц (от 1 до 3 раз в месяц). Сообщили, что ни разу за последние 3 месяца не курили 10,8% женщин, куривших в течение последнего года, то есть эти участницы исследования прекратили курение на ранних сроках беременности.

Количественная оценка результатов теста по употреблению никотинсодержащей продукции позволила отнести 25 женщин (12,3%) к группе риска (от 1 до 3 баллов), а 7 женщин (3,4%) – к группе высокого риска по вовлеченности в употребление никотинсодержащей продукции (от 4 до 26 баллов).

Употребление алкоголя. Из числа опрошенных женщин имели опыт употребления алкоголя 96,6%, употребляли в последние 12 месяцев - 65,4%, в последние 3 месяца – 15,7% женщин. Самая большая группа из этого числа - 15,2% - употребляли алкоголь 1 или 2 раза за последние 3 месяца, 0,5% - ежемесячно (от 1 до 3 раз в месяц). Также изучалось типичное число стандартных порций алкоголя (эквивалент 10 граммов чистого этанола, СП), которые женщины выпивали в типичный день, когда употребляли алкоголь в последние 3 месяца. Большинство женщин, продолжавших потреблять алкоголь (94,7%) в течение последних 12 месяцев, употребляли спиртное в количестве 1-2 СП в типичный день. Количество, соответствующее 3-4 СП, выпивали 5,3%. О единовременном употреблении спиртных напитков в больших количествах, превышающих 6 СП, что соответствует 60 г этанола, один-два раза за предшествовавшие опросу 3 месяца, сообщили 8% опрошенных женщин.

Количественная оценка результатов теста по употреблению алкоголя позволила отнести 34 женщины (16,7%) к группе риска (от 1 до 10 баллов), а 3 женщины (1,5%) – к группе высокого риска по вовлеченности в употребление алкоголя (от 11 до 26 баллов).

Употребление седативных или снотворных препаратов без назначения врача. Из числа опрошенных беременных женщин 7,3% сообщили, что употребляли седативные или снотворные препараты (ССП) в течение жизни, 3,4% - без врачебного назначения. За последние 12 месяцев употребляли какой-то из ССП без назначения врача 1% женщин.

Употребление наркотиков. Среди опрошенных беременных женщин 2,5% сообщили, что употребляли наркотики в течение жизни, и еще 0,5% сообщили, что употребляли наркотики в течение последних 12 месяцев, но не во время беременности (таблица 52).

Таблица 52 - Сводные данные по частоте и количеству потребляемых ПАВ с использованием теста ASSIST (n=204)

	Хотя бы раз в жизни	Хотя бы раз за последние 12 месяцев	Хотя бы раз за последние 3 месяца	Злоупотребление во время беременности
Никотинсодержащая продукция	67,3%	23,5%	10,3% (из них 6,4% ежедневно)	16,7%
Алкогольные напитки	96,6%	65,4%	15,7% (из них 0,5% ежемесячно)	18,2%
Седативные или снотворные препараты	7,3% (3,4 – без назначения врача)	1% (без назначения врача)	-	-
Наркотики	2,5%	0,5%	-	-

Поскольку беременные женщины являются группой населения, в которой потребление любых ПАВ резко осуждается обществом и в большинстве случаев - референсной социальной группой, окружающей женщину, было ожидаемо, что участницы исследования будут давать социально одобряемые ответы. В соответствии с методологией исследования скрининг с использованием теста ASSIST был продолжен клинической беседой с медицинским психологом, которой в безэмоциональной доверительной форме задавал дополнительные вопросы, связанные с потреблением наиболее распространенных ПАВ – никотина и алкоголя с фиксацией ответов женщины на календаре метода TLFB. Результаты качественной оценки потребления никотинсодержащей продукции и алкоголя представлены в таблице 53.

Таблица 53 - Сводные данные по частоте и количеству потребляемых ПАВ с использованием метода TLFB (n=204)

	Хотя бы раз в жизни	Употребление в последние 12 месяцев, но не во время беременности	Употребление во время беременности
Никотинсодержащая продукция	68,6%	19,5% (из них 17,6% - ежедневно)	13,7% (из них 8,3% - ежедневно)
Алкогольные напитки	96,1%	62,7% (из них 12,2% чаще одного раза в месяц $\geq$ 2 СП)	21,5% (из них 3,4% чаще одного раза в месяц $\geq$ 2 СП)

Как видно из таблиц 52 и 53, данные по распространенности потребления табака и алкоголя достаточно сильно различаются, особенно в разделе

употребления данных видов ПАВ во время беременности – 10,3% (по ASSIST) и 13,7% (по TLFB) по курению, 15,7% (по ASSIST) и 21,5% (по TLFB) по алкоголю. При этом данные по курению и употреблению алкоголя в течение жизни варьируют минимально - 67,3% (по ASSIST) и 68,6% (по TLFB) по опыту курения, 96,6% (по ASSIST) и 96,1% (по TLFB) по опыту потребления алкоголя. Данный результат не уменьшает прогностической валидности скринингового теста ASSIST, а демонстрируют результативность доверительной клинической беседы с использованием дополнительного диагностического инструмента – метода TLFB с беременными женщинами, часть из которых при проведении скрининга диссимулируют потребление ПАВ (Фадеева Е.В.; 2024в).

Помимо частоты потребления никотинсодержащей продукции и алкогольных напитков была предпринята попытка оценить их количественные характеристики, а также уровень риска для здоровья женщины и плода в зависимости от частотно-количественных характеристик потребляемых ПАВ.

Оценка уровней риска курения до и во время беременности. В таблице 54 приведены данные по оценке уровней риска курения у принявших участие в исследовании женщин ретроспективно до беременности и в пренатальном периоде. Оценка рисков производилась в соответствии с комплексным подходом к диагностике и лечению табачной (никотиновой) зависимости, изложенным в клинических рекомендациях «Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых» (Сахарова Г.М., Антонов Н.С., и соавт., 2021а; Сахарова Г.М., Антонов Н.С., и соавт., 2021b) и в Национальном руководстве по профилактике (Драпкина О.М. и соавт., 2022). За критерии риска принимались: 1) форма потребления никотина – постоянное (ежедневное), регулярное или эпизодическое (ситуационное) употребление никотина (Винникова М.А., Северцев В.В., 2024); 2) частотные характеристики потребления – ежемесячно, еженедельно, ежедневно; 3) количественные характеристики потребления – умеренное потребление (≤ 10 сигарет ежедневно), потребление никотина в больших количествах (≥ 11 сигарет ежедневно) (таблица 54).

Таблица 54 - Оценка уровней риска употребления никотина беременными женщинами на основании данных самоотчета по методу TLFB (n=204)

Уровень риска	Критерий	Условный код	Курение ДО беременности	Курение в течение беременности
«Нулевой» риск курения (употребления никотина)	отсутствие употребления никотина за последние 12 месяцев	0К	164 (80,4%)	164 (80,4%)
Недавняя история употребления никотина	употребление любого количества никотина в течение последних 12 месяцев, но не во время беременности	1К	неприменимо	12 (5,9%)
Рискованное употребление никотина	эпизодическое употребление никотина (несколько раз в месяц)	2К	0	9 (4,4%)
Вредное употребление никотина	регулярное употребление никотина (несколько раз в неделю, но не ежедневно)	3К	4 (1,9%)	2 (0,9%)
Опасное употребление никотина	постоянное употребление никотина в умеренных количествах ≤ 10 сигарет ежедневно	4К	17 (8,3%)	11 (5,4%)
Высоко опасное употребление никотина	постоянное употребление никотина в больших количествах ≥ 11 сигарет ежедневно	5К	19 (9,3%)	6 (2,9%)

По данным, представленным в таблице 54, можно судить о том, что до беременности курили 19,5% обследованных женщин (уровни риска 3К-5К), из них 17,6% курили регулярно (уровни риска 4К-5К – опасное и высоко опасное употребление никотина), а 1,9% - эпизодически (уровень риска 3К - вредное употребление никотина). После того, как женщины узнали о наступлении беременности, 5,9% отказались от употребления никотинсодержащей продукции (уровень риска 1К – употребление никотина в течение последних 12 месяцев, но не во время беременности), а 4,4% изменили форму курения с постоянной на эпизодическую (уровень риска 2К - рискованное употребление никотина). Тем не менее, 8,3% беременных женщин только сократили количество выкуриваемых

сигарет, но не отказались от ежедневного курения (уровни риска 3К-5К – вредное, опасное и высоко опасное употребление никотина).

Использование методов математической статистики позволило определить, что 75% женщин, куривших до начала беременности, продолжили курение во время беременности. Показано, что курение до беременности увеличивало шансы продолжения курения во время беременности в 4 раза (ОШ=4,0 (95% ДИ: 2,3–6,8; $p \leq 0,001$). Тем не менее, 25% куривших до беременности женщин во время беременности прекратили употребление никотина. Различия в частоте встречаемости данных признаков достигали высокого уровня статистической значимости ($p \leq 0,001$).

Оценка уровней риска употребления алкоголя до и во время беременности.

Нами были проанализированы форма и частотно-количественные характеристики употребляемого женщинами алкоголя до беременности и в пренатальный период с оценкой уровней риска при использовании следующих критериев: 1) форма употребления алкоголя – регулярная (систематическая) с возможностью определения сформированной поведенческой модели злоупотребления (ежедневное употребление, употребление в выходные дни и т.д.), эпизодическая (ситуационная), например, связанная с праздниками; 2) частота употребления, сопоставимая со значениями теста AUDIT для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя – реже одного раза в месяц, ежемесячно, еженедельно, ежедневно или практически ежедневно (Тест RUS-AUDIT, 2021); 3) количественные характеристики употребляемого алкоголя, измерялись в стандартных порциях (СП). Говоря о количественном уровне риска, следует указать, что для небеременных женщин репродуктивного возраста за умеренный уровень риска принимают потребление одной СП (10 г абсолютного этилового спирта) в день. В соответствии с определением уровня риска, указанного в Национальном руководстве по наркологии, для беременных женщин любое употребление алкогольных напитков представляет собой злоупотребление (Ненастьева А.Ю., 2024а) (таблица 55).

Таблица 55 - Оценка уровней риска употребления алкоголя беременными женщинами на основании данных самоотчета по методу TLFB (n=204)

Критерий	Условный код	Употребление алкоголя ДО беременности	Уровень риска ДО беременности	Употребление алкоголя в течение беременности	Уровень риска для беременных
Отсутствие употребления алкоголя за последние 12 месяцев	0A	76 (37,3%)	«Нулевой» риск употребления алкоголя	82 (40,2%)	«Нулевой» риск употребления алкоголя
Уотребление <1 СП в день до беременности ИЛИ употребление любого количества алкоголя в течение последних 12 месяцев, но не во время беременности	1A	0	Умеренное употребление алкоголя	78 (38,2%)	Относительный риск с учетом возможности употребления алкоголя в «слепой период» до того, как женщина узнала о наступлении беременности
Эпизодическое употребление (реже 1 раза в месяц) < 2 СП	2A	72 (35,3%)	Рискованное употребление алкоголя	35 (17,2%)	Злоупотребление алкоголем
Эпизодическое употребление (реже 1 раза в месяц) $\geq$ 2 СП	3A	31 (15,2%)	Вредное употребление алкоголя	2 (0,9%)	
Систематическое или регулярное употребление: (чаще 1 раза в месяц) $\geq$ 2 СП	4A	15 (7,4%)	Опасное употребление алкоголя	4 (1,9%)	
Систематическое или регулярное употребление: хотя бы однократно в месяц $\geq$ 4 СП	5A	10 (4,9%)	Высоко опасное употребление алкоголя	3 (1,5%)	

В соответствии с предложенной систематизацией уровней риска на основе частотно-количественных характеристик и модели употребления алкоголя были

получены результаты, свидетельствующие о том, что до наступления беременности 62,8% женщин употребляли алкоголь с различными уровнями риска развития зависимого поведения (уровни риска от 2А до 5А – рискованное, вредное, опасное и высоко опасное) и только 37,2% воздерживались от его потребления (уровень риска 0А - отсутствие употребления алкоголя за последние 12 месяцев). После наступления беременности количество женщин, употреблявших алкоголь, сократилось до 21,5% (уровни риска 2А-5А); женщин, прекративших употребление алкоголя после того, как узнали о наступлении беременности, составило 38,2% (уровень риска 1А – сохраняющиеся риски с учетом возможности употребления алкоголя в «слепой период» до того, как женщина узнала о наступлении беременности) (таблица 55).

Корреляционный анализ выявил ряд статистически значимых взаимосвязей ($p \leq 0,001$) между уровнями риска употребления никотина и алкоголя до и во время беременности среди обследованных женщин. Более высокий уровень риска употребления никотина до беременности был значимо связан с высоким уровнем риска курения во время беременности. ($r=0,962$). Та же тенденция отмечалась и для уровней риска употребления алкоголя ($r=0,815$). Важной для специалистов остается сохраняющаяся взаимосвязь между уровнями риска употребления алкоголя и никотина до беременности ($r=0,425$). Также можно отметить, что более высокий уровень риска употребления алкоголя во время беременности был сильнее связан с уровнем риска курения до беременности ($r=0,346$), чем с риском курения в период ее течения ($r=0,315$) (таблица 56).

Таблица 56 - Корреляции между уровнями риска употребления никотина и алкоголя до и во время беременности среди обследованных женщин

Уровни риска употребления алкоголя и курения	Употребление никотина до беременности	Употребление никотина во время беременности	Употребление алкоголя до беременности	Употребление алкоголя во время беременности
Употребление никотина до беременности	-	0,962***	0,425***	0,346***
Употребление никотина во время беременности	-	-	0,383***	0,315***
Употребление алкоголя до беременности	-	-	-	0,815***
Употребление алкоголя во время беременности	-	-	-	--

Примечание: *** – уровень значимости $p \leq 0,001$

Отмечались значимые различия в частоте употребления алкоголя до и во время беременности: среди употреблявших алкоголь до беременности продолжили его употреблять 30% женщин. Было выявлено, что употребление алкоголя до беременности увеличивало шансы продолжения употребления алкоголя во время беременности в 5,5 раз (ОШ=5,5 (95% ДИ: 2,2–13,8; $p \leq 0,001$) (Фадеева Е.В., 2024в).

Сравнение уровней риска по курению и употреблению алкоголя со значениями непрямых биомаркеров АЛТ, АСТ и CDT. Как уже упоминалось нами в разделе «Материал и методы», помимо использования психометрических инструментов (тестов AUDIT-C, ASSIST и метода TLFB) применялись лабораторные методы диагностики, позволяющие идентифицировать лиц, длительно и систематически употребляющих алкоголь. Наиболее часто в лабораторной диагностике используются непрямые биомаркеры. Некоторые из них повышаются в ответ на длительное систематическое и/или чрезмерное употребление алкоголя (например, CDT); другие служат отражением повреждения органов-мишеней из-за хронического употребления высоких доз алкоголя (например, АСТ и АЛТ) (Binder A. et al., 2022). Определение показателей АСТ и АЛТ проводилось в рутинном порядке в первом, втором и третьем триместрах беременности, а определение значений CDT - по назначению акушера-гинеколога в случае, если у лечащего врача существовали предположения о злоупотреблении женщиной алкоголем, которые она опровергала при плановом осмотре (таблица 57).

Таблица 57 - Сравнительный анализ показателей не прямых биомаркеров и уровней риска, полученных с использованием метода TLFB

Непрямой биомаркер		Уровни риска 0А-5А	АСТ I, II и III	АЛТ I, II и III	CDT, n
CDT (n=15)	0,8-1,2% - нерегулярное употребление алкоголя в незначительных количествах (n=8)	0А-1А - 5 ж. 2А-5А - 3 ж.	0 ж.	0 ж.	н.п.
	1,3–1,6% - «серая зона», требуется проведение повторного исследования (n=2)	0А-1А - 1 ж. 2А-5А - 1 ж.	0 ж.	0 ж.	н.п.
	≥1,7% -злоупотребление алкоголем (n=5)	0А-1А - 1 ж. 2А-5А - 4 ж.	1 ж.	3 ж.	н.п.
АСТ I, II и III (n=204)	Повышенные значения АСТ-I (n=11)	0А-1А - 7 ж. 2А-5А - 4 ж.	н.п.	5 ж.	1 ж. (CDT≥1,7)
	Повышенные значения АСТ-II (n=7)	0А-1А - 5 ж. 2А-5А - 2 ж.	н.п.	5 ж.	0 ж.
	Повышенные значения АСТ-III (n=7)	0А-1А - 6 ж. 2А-5А - 1 ж.	н.п.	5 ж.	0 ж.
АЛТ I, II и III (n=204)	Повышенные значения АЛТ-I (n=5)	0А-1А - 3 ж. 2А-5А - 2 ж.	3 ж.	н.п.	1 ж. (CDT≥1,7)
	Повышенные значения АЛТ-II (n=15)	0А-1А - 9 ж. 2А-5А - 6 ж.	10 ж.	н.п.	2 ж. (CDT≥1,7)
	Повышенные значения АЛТ-III (n=5)	0А-1А - 4 ж. 2А-5А - 1 ж.	5 ж.	н.п.	0 ж.

Примечание: н.п. – неприменимо; повышенные значения АСТ ≥32 Ед/л, повышенные значения АЛТ ≥33 Ед/л

Определение значений CDT показало, что из 7,4% женщин, которым акушер-гинеколог рекомендовал проведение данного вида лабораторных исследований, у 3,4% были получены результаты, свидетельствующие о высокой вероятности употребления алкогольных напитков, из них 2,5% женщин могли злоупотреблять алкоголем. Поскольку при прекращении приема алкоголя повышенное содержание CDT сохраняется в периоде до 2 недель, после чего его значения нормализуются, мы можем предположить, что потребление алкоголя беременными женщинами происходило за 7-10 дней до госпитализации, во время которой проходило обследование. Из 5 женщин с высокими значениями CDT (≥1,7%) у 4 определялись повышенные значения АСТ и АЛТ, что указывает на сопоставимую восприимчивость данных маркеров к вероятностному злоупотреблению алкоголем (таблица 57) (Фадеева Е.В., 2024б).

Сравнение уровней риска по курению и употреблению алкоголя с имеющимися данными по течению беременности. Помимо употребления ПАВ, на течение и исход беременности влияют особенности психического и соматического здоровья женщины. В настоящем исследовании фиксировался акушерский диагноз, с которым женщина была госпитализирована, анализировались данные акушерского анамнеза: наличие инфекционных и вирусных заболеваний (инфекции, передающиеся половым путем, простудные заболевания, COVID-19), гинекологических (нарушения менструального цикла, дисфункция яичников, миома, эрозия шейки матки, эндометриоз, цистит) и гастроэнтерологических (язвенная болезнь, хронический гастрит, панкреатит, холицистит) заболеваний во время текущей беременности и в анамнезе.

Из 204 обследованных женщин у 64 (31,4%) был выставлен диагноз «нормальная беременность» (Z34, МКБ-10); у 58 (28,4%) – «медицинская помощь женщине с привычным невынашиванием беременности» (O26.2, МКБ-10); у 29 (14,2%) – «внутриутробная гипоксия», главным образом обусловленная нарушением маточно-плацентарного кровоснабжения» (P20, МКБ-10); у 27 (13,2%) – «гестационный сахарный диабет или сахарный диабет, впервые выявленный в период беременности» (O24.4, МКБ-10); у 15 (7,4%) – «недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери» (O36.5, МКБ-10) или «замедленный рост и недостаточность питания плода» (P05, МКБ-10). Данные по каждому из диагнозов были сопоставлены с уровнями риска по курению и употреблению алкоголя во время беременности (таблица 58).

Таблица 58 - Обобщенные данные по акушерскому диагнозу у обследованных женщин с разным уровнем риска по курению и употреблению алкоголя

Акушерский диагноз	КУРЕНИЕ		УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ	
	Уровень риска 0К-1К (n, %)	Уровень риска 2К-5К (n, %)	Уровень риска 0А-1А (n, %)	Уровень риска 2А-5А (n, %)
Нормальная беременность (n=64)	53 (82,8%)	11 (17,2%)	50 (78,1%)	14 (21,9%)
Привычное невынашивание беременности (n=58)	55 (94,8%)	3 (5,2%)	47 (81,0%)	11 (18,9%)
Внутриутробная гипоксия (n=29)	20 (68,9%)	9 (31,0%)	20 (68,9%)	9 (31,0%)
Гестационный сахарный диабет (n=27)	24 (88,9%)	3 (11,1%)	23 (85,2%)	4 (14,8%)
Недостаточный рост плода (n=15)	11 (77,3%)	4 (26,7%)	12 (80,0%)	3 (20,0%)
Иные нарушения (n=30)	27 (90,0%)	3 (10,0%)	25 (83,3%)	5 (16,7%)

Как можно судить из данных, представленных в Таблице 58, наиболее частой патологией у курящих женщин была «внутриутробная гипоксия» (в 31,0% случаев) и задержка роста плода (в 26,7% случаев), а для злоупотребляющих алкоголем женщин – «внутриутробная гипоксия» (в 31,0% случаев).

Сравнение уровней риска по курению и употреблению алкоголя с имеющимися данными по исходу беременности. Возможность оценить исход беременности представилась только у 143 женщин (70,1%) из 204, поскольку у 61 женщины (29,9%) роды прошли в другой медицинской организации. Данные по состоянию новорожденного (вес и признаки доношенности) сравнивались с учетом проведенной ранее психометрической и лабораторной диагностики в контексте уровней риска, связанных с курением и употреблением алкоголя (таблица 59).

Таблица 59 - Обобщенные данные по исходу беременности у обследованных женщин с разным уровнем риска по курению и употреблению алкоголя (n=143)

Изучаемый показатель	КУРЕНИЕ		УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ	
	Данные по исходу беременности у женщин с уровнем риска 0К-1К (n=126)	Данные по исходу беременности у женщин с уровнем риска 2К-5К (n=17)	Данные по исходу беременности у женщин с уровнем риска 0А-1А (n=113)	Данные по исходу беременности у женщин с уровнем риска 2А-5А (n=30)
ВЕС НОВОРОЖДЕННОГО				
Крупный плод	6 (4,8%)	-	5 (4,4%)	1 (3,3%)
Нормальный вес	92 (73,0%)	11 (64,7%)	81 (71,9%)	22 (73,3%)
Дефицит веса	21 (16,7%)	5 (29,4%)	21 (18,6%)	7 (23,3%)
Двойня, дефицит веса	7 (5,6%)	1 (5,9%)	6 (5,3%)	-
ДОНОШЕННОСТЬ				
Доношенный	108 (85,7%)	14 (82,4%)	96 (84,9%)	26 (86,7%)
Двойня, доношенные	5 (3,9%)	-	4 (3,5%)	1 (3,3%)
Недоношенный	11 (8,7%)	2 (11,8%)	11 (9,7%)	2 (6,7%)
Двойня, недоношенные	2 (1,6%)	1 (5,9%)	2 (1,8%)	1 (3,3%)

В большинстве наблюдений за исходом беременности у женщин, воздерживавшихся от употребления никотина (уровень риска 0К-1К) и алкоголя (уровень риска 0А-1А), был зафиксирован нормальный вес новорожденного (в 73,0% и 71,9% случаев соответственно). У женщин, злоупотребляющих никотином в период беременности (уровень риска 2К-5К), значительно чаще по сравнению с женщинами, воздерживающимися от употребления, был зафиксирован дефицит веса новорожденного, включая вес в случае рождения двойни при многоплодной беременности. Так 35,3% новорожденных с дефицитом веса были рождены женщинами с уровнем риска 2К-5К в сравнении с 22,3% новорожденных с дефицитом веса, рожденных женщинами с уровнем риска 0К-1К. В отношении употребления алкоголя была обнаружена схожая связь: доля женщин с уровнем риска 2А-5А, родивших ребенка с дефицитом веса, составила 23,3%, тогда как доля женщин с уровнем риска 0А-1А была меньше – 18,6%. Также было проведено изучение исхода беременности у женщин с акушерскими диагнозами «внутриутробная гипоксия» и «недостаточный рост плода», которые были наиболее часто ассоциированы с уровнями риска по курению и употреблению алкоголя (таблица 60).

Таблица 60 - Исход беременности и родов у женщин с акушерскими диагнозами, наиболее часто ассоциированными с высоким уровнем риска по курению и употреблению алкоголя

Изучаемый показатель	КУРЕНИЕ		УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ	
	Уровень риска 0К-1К	Уровень риска 2К-5К	Уровень риска 0А-1А	Уровень риска 2А-5А
ВЕС НОВОРОЖДЕННОГО У ЖЕНЩИН С АКУШЕРСКИМ ДИАГНОЗОМ «ВНУТРИУТРОБНАЯ ГИПОКСИЯ» (n=22)				
Нормальный вес	10 (45,5%)	3 (13,6%)	9 (40,9%)	4 (18,2%)
Дефицит веса	4 (18,2%)	3 (13,6%)	5 (22,7%)	2 (9,1%)
Двойня, дефицит веса	2 (9,1%)	-	2 (9,1%)	-
ДОНОШЕННОСТЬ НОВОРОЖДЕННОГО У ЖЕНЩИН С АКУШЕРСКИМ ДИАГНОЗОМ «ВНУТРИУТРОБНАЯ ГИПОКСИЯ» (n=22)				
Доношенный	14 (63,6%)	3 (13,6%)	13 (59,1%)	5 (22,7%)
Недоношенный	-	3 (13,6%)	1 (4,6%)	1 (4,6%)
Двойня, доношенные	2 (9,1%)	-	2 (9,1%)	-
ВЕС НОВОРОЖДЕННОГО У ЖЕНЩИН С АКУШЕРСКИМ ДИАГНОЗОМ «НЕДОСТАТОЧНЫЙ РОСТ ПЛОДА» (n=12)				
Нормальный вес	5 (41,7%)	-	5 (50,0%)	-
Дефицит веса	4 (33,3%)	2 (16,7%)	6 (18,6%)	1 (8,3%)
Двойня, дефицит веса	1 (8,3%)	-	2 (16,7%)	-
ДОНОШЕННОСТЬ НОВОРОЖДЕННОГО У ЖЕНЩИН С АКУШЕРСКИМ ДИАГНОЗОМ «НЕДОСТАТОЧНЫЙ РОСТ ПЛОДА» (n=12)				
Доношенный	9 (75,0%)	1 (8,3%)	10 (83,3%)	-
Недоношенный	-	1 (8,3%)	-	1 (8,3%)
Двойня, доношенные	1 (8,3%)	-	1 (8,3%)	-

К сожалению, малое число наблюдений по исходам беременности у женщин с акушерскими диагнозами, наиболее часто ассоциированными с высоким уровнем риска по курению и употреблению алкоголя – «внутриутробная гипоксия» (n=22) и «недостаточный рост плода» (n=12) - не позволяют делать прогностически значимых выводов. Вероятно, изучение тератогенного влияния никотина и этанола в пренатальный период на исход беременности на больших выборках позволит получить более определенные результаты (Фадеева Е.В., 2024б).

Корреляционный анализ выявил ряд статистически значимых взаимосвязей ($p \leq 0,001$) между уровнями риска употребления никотина и алкоголя до и во время беременности среди обследуемых женщин. Более высокий уровень риска употребления никотина до беременности был значимо связан с высоким уровнем

риска курения во время беременности ($r=0,962$); та же тенденция отмечалось и для уровней риска употребления алкоголя ($r=0,815$). Важной для специалистов является обнаруженная взаимосвязь между уровнями риска употребления алкоголя и никотина до беременности ($r=0,425$). Также можно отметить, что более высокий уровень риска употребления алкоголя во время беременности был сильнее связан с уровнем риска курения до беременности ($r=0,346$), чем с риском курения в пренатальный период ($r=0,315$) (таблица 61).

Таблица 61 - Взаимосвязь между уровнями риска употребления никотина и алкоголя до и во время беременности по методу ретроспективной оценки ежедневного объема потребления ПАВ (TLFB) ($n=204$)

Уровни риска употребления алкоголя и курения	Употребление никотина до беременности	Употребление никотина время беременности	Употребление алкоголя до беременности	Употребление алкоголя во время беременности
Употребление никотина до беременности	-	0,962***	0,425***	0,346***
Употребление никотина во время беременности	-	-	0,383***	0,315***
Употребление алкоголя до беременности	-	-	-	0,815***

Примечание: *** – уровень значимости $p \leq 0,001$

Отмечались значимые связи между употреблением никотина и алкоголя во время беременности ($p \leq 0,001$). Среди курящих во время беременности женщин 50,0% употребляли алкоголь. Выявлено, что курение во время беременности увеличивало шансы употребления алкоголя во время беременности в 5,4 раза (ОШ=5,6 (95% ДИ: 2,3–12,3; $p \leq 0,001$)).

Отмечался ряд взаимосвязей между уровнями риска употребления никотина и алкоголя до и во время беременности (по методу TLFB) с социально-демографическими характеристиками. Более низкие уровни риска курения до наступления беременности и во время беременности были ассоциированы со старшим возрастом ($r=-0,145$, $p \leq 0,05$; $r=-0,144$, $p \leq 0,05$, соответственно) и более высоким уровнем образования ($r=-0,224$, $p \leq 0,001$; $r=-0,219$, $p \leq 0,01$, соответственно). Более высокий уровень образования также был отрицательно

связан с уровнем риска употребления алкоголя во время беременности ($r=-0,143$, $p \leq 0,05$) (таблица 62).

Таблица 62 - Взаимосвязь между уровнями риска употребления никотина и алкоголя до и во время беременности (по методу TLFB) с социально-демографическими характеристиками ($n=204$)

	Употребление никотина до беременности	Употребление никотина во время беременности	Употребление алкоголя до беременности	Употребление алкоголя во время беременности
Возраст	-0,145*	-0,144*	0,008	-0,031
Уровень образования	-0,224***	-0,219**	-0,130	-0,143*
Уровень дохода	-0,153*	-0,138	-0,012	-0,049

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$, ** – уровень значимости $p \leq 0,01$, *** – уровень значимости $p \leq 0,001$

При проведении сравнительного анализа уровней риска употребления никотина в зависимости от семейного положения было выявлено, что среди женщин, состоявших в браке, значимо чаще отмечался самый низкий уровень риска курения как до беременности, так и при ее наступлении ($p \leq 0,01$). При этом замужество повышало шансы попадания женщин в группу «нулевого риска» употребления никотина до наступления беременности в 3 раза (ОШ=3,0 (95% ДИ: 1,3–6,9; $p \leq 0,001$)). Та же тенденция сохранялась и в период беременности (таблица 63).

Таблица 63 - Сравнительный анализ уровней риска употребления никотина в зависимости от семейного положения беременных женщин (n=202)

Уровни риска употребления никотина и семейное положение		Состоят в браке n (%)	Не состоят в браке n (%)	p
До беременности	«Нулевой» риск употребления никотина (уровень риска 0К)	142 (83,5%)	20 (62,5%)	0,006
	Недавнее и рискованное употребление никотина (1К-2К)	0	0	
	Вредное, опасное и высоко опасное употребление никотина (3К-5К)	28 (16,5%)	12 (37,5%)	
Во время беременности	«Нулевой» риск употребления никотина (уровень риска 0К)	142 (83,5%)	20 (62,5%)	0,003
	Недавнее и рискованное употребление никотина (1К-2К)	17 (10,0%)	4 (12,5%)	
	Вредное, опасное и высоко опасное употребление никотина (3К-5К)	11 (6,5%)	8 (25,5%)	

Использование методов математической статистики позволило сделать ряд прогностически важных выводов в отношении взаимного влияния поведенческих факторов риска, неблагоприятно влияющих на течение и исход беременности, а именно - курения и употребления алкоголя как до беременности, так и в течение пренатального периода. Отмечалась значимая взаимосвязь между употреблением никотина до беременности и употреблением алкоголя во время беременности ($p \leq 0,001$). Среди женщин, употреблявших никотин до беременности, 47,4% употребляли алкоголь в период беременности. Было выявлено, что курение до беременности увеличивало шансы употребления алкоголя во время беременности в 5,6 раза (ОШ=5,6 (95% ДИ: 2,6–12,3; $p \leq 0,001$) (таблица 64).

Таблица 64 - Употребление никотина до беременности и употребление алкоголя во время беременности

Употребление никотина до беременности	Употребляли алкоголь во время беременности	Не употребляли алкоголь во время беременности	p
Употребляли никотин, n (%)	18 (47,4%)	21 (52,6%)	<0,000
Не употребляли никотин, n (%)	20 (13,8%)	131 (86,2%)	

Примечание: полужирный шрифт — значимые различия

Также отмечалась значимая взаимосвязь между употреблением алкоголя до беременности и употреблением никотина во время беременности ($p \leq 0,05$). Так, среди женщин, куривших во время беременности, употребляли алкоголь до беременности 77,4%. Выявлено, что потребление алкоголя до беременности увеличивало шансы курения во время беременности почти в 3 раза ($ОШ=2,7$ (95% ДИ: 1,1–6,6; $p \leq 0,05$) (таблица 65).

Таблица 65 - Употребление никотина до беременности и употребление алкоголя во время беременности

Употребление алкоголя до беременности	Употребляли никотин во время беременности n (%)	Не употребляли никотин во время беременности n (%)	p
Употребляли алкоголь, n (%)	24 (77,4%)	97 (56,1%)	0,026
Не употребляли алкоголь, n (%)	7 (22,6%)	76 (43,9%)	

Психоэмоциональное состояние женщин репродуктивного возраста как фактор риска, влияющий на курение и употребление алкоголя до беременности и в пренатальный период. Сравнение показателей психоэмоционального состояния женщин проводилось: а) между сформированными группами женщин по уровню риска употребления никотина и алкоголя в периоды до наступления беременности и во время беременности; б) внутри групп, сформированных по уровню риска, для изучения динамики показателей до наступления беременности и во время беременности (таблица 66).

Таблица 66 - Группы исследования, разделенные по уровням риска употребления ПАВ во время беременности

Группы	Потребление ПАВ во время беременности	n (%)	Суммарно
Никотин (n=204)			
Группа 1	отсутствие употребления никотина за последние 12 месяцев	164 (80,4 %)	176 (86,3%)
	употребление любого количества никотина в течение последних 12 месяцев, но не во время беременности	12 (5,9 %)	
Группа 2	употребление любого количества никотина в течение беременности	28 (13,7%)	
Алкоголь (n=204)			
Группа 3	отсутствие употребления алкоголя за последние 12 месяцев	82 (40,2 %)	160 (78,4%)
	употребление алкоголя в течение последних 12 месяцев, но не во время беременности	78 (38,2 %)	
Группа 4	употребление любого количества алкоголя в течение беременности	44 (21,6%)	

Психоэмоциональное состояние женщин из разных групп риска по курению. Уровень психологического дистресса до и во время беременности у женщин Группы 1 оставался без изменений. У 89,7% женщин в оба изучаемых периода был определен низкий уровень дистресса, а у 10,3% – средний, высокий или очень высокий. Для женщин Группы 2 была характерна аналогичная тенденция, свидетельствующая об отсутствии колебаний в уровнях дистресса, но количество женщин со средним, высоким или очень высоким уровнем дистресса было значимо выше, чем среди женщин Группы 1 (таблица 67).

Таблица 67 - Динамика изменений уровня психологического дистресса у женщин с различным уровнем риска по курению (n=204)

	Низкий уровень дистресса, %	Средний, высокий или очень высокий уровень дистресса, %	p
До беременности			
Группа 1	89,7	10,3	p≤0,01
Группа 2	75,0	25,0	
Во время беременности (за последние 10 дней)			
Группа 1	89,7	10,3	p≤0,01
Группа 2	75,0	25,0	

Сравнительный анализ показателей психоэмоционального состояния женщин как до наступления беременности, так и в пренатальный период показал, что в

Группе 2 средние показатели психологического дистресса (шкала К-10) были значимо выше ($p \leq 0,05$) по сравнению с женщинами Группы 1 (таблица 68).

Таблица 68 - Психоэмоциональное состояние женщин из разных групп риска употребления никотинсодержащей продукции до беременности и в пренатальный период (n=204)

Период	до беременности			во время беременности		
Сравниваемые группы в зависимости от уровня риска употребления никотина	Группа 1 Me [Q1; Q3]	Группа 2 Me [Q1; Q3]	p	Группа 1 Me [Q1; Q3]	Группа 2 Me [Q1; Q3]	p
Психологический дистресс: общий балл (шкала К-10)	12,0 [10,0; 16,0]	14,0 [10,0; 16,8]	0,986	12,0 [10,0;15,0]	14,0 [11,3;19,8]	0,038
Психологический дистресс: интерпретация (шкала К-10)	1,0 [1,0; 1,0]	1,0 [1,0; 1,0]	0,541	1,0 [1,0; 1,0]	1,0 [1,0; 1,8]	0,024
Психотравматическое влияние: общий балл (шкала IES-R)	1,0 [0; 9,5]	0 [0; 6,8]	0,631	3,0 [0; 9,5]	1,0 [0; 9,8]	0,455
Психотравматическое влияние: интерпретация (шкала IES-R)	1,0 [1,0; 1,0]	1,0 [1,0; 1,0]	0,710	1,0 [1,0; 1,0]	1,0 [1,0; 1,0]	0,818
Избегание (субшкала IES-R)	0 [0; 4,0]	0 [0; 3,0]	0,910	0 [0; 3,0]	0 [0; 3,0]	0,922
Вторжение (субшкала IES-R)	0 [0; 3,0]	0 [0; 3,0]	0,376	0 [0; 3,0]	0 [0; 2,0]	0,223
Гипервозбудимость (субшкала IES-R)	0 [0; 2,0]	0 [0; 1,0]	0,403	0 [0; 3,0]	0 [0; 3,8]	0,749

Примечание: полужирный шрифт — значимые различия

При изучении динамики показателей в исследуемых группах было выявлено, что у женщин Группы 1 во время беременности показатели влияния ПТСР на эмоциональное состояние были значимо выше ($p \leq 0,001$), чем до беременности, что в первую очередь было обусловлено более высокими показателями по субшкале избегания ($p \leq 0,01$; IES-R).

Психоэмоциональное состояние женщин из разных групп риска по употреблению алкоголя. Количество женщин со средним, высоким и очень высоким уровнем психологического дистресса из Группы 3 достоверно увеличилось с 8,1% до беременности до 10,6% во время беременности. При этом

число женщин с признаками психологического дистресса из Группы 4, наоборот, значительно снизилось с 26,8% до беременности до 22,7% во время беременности (таблица 69).

Таблица 69 - Динамика изменений уровня психологического дистресса у женщин с различным уровнем риска по употреблению алкоголя (n=204)

	Низкий уровень дистресса, %	Средний, высокий или очень высокий уровень дистресса, %	P
До беременности			
Группа 3	91,9	8,1	p≤0,001
Группа 4	73,2	26,8	
Во время беременности (за последние 10 дней)			
Группа 3	89,4	10,6	p≤0,05
Группа 4	77,3	22,7	

Проведенный сравнительный анализ психоэмоционального состояния женщин из разных групп риска употребления алкоголя показал, что в Группе 4 отмечались значимо более высокие баллы по показателю психологического дистресса, чем среди женщин Группы 3 ($p \leq 0,05$; шкала К-10). В период до наступления беременности на уровне тенденции к значимым различиям ($p = 0,064$) также в Группе 4 наблюдались более высокие показатели психологического дистресса ($p = 0,057$; шкала К-10) и по показателю вторжения мыслей о травматическом переживании (субшкала IES-R) (таблица 70).

Таблица 70 - Психозмоциональное состояние женщин из разных групп риска употребления алкоголя до беременности и в пренатальный период (n=204)

Период	Показатели до беременности			Показатели во время беременности		
Сравнимые группы в зависимости от Уровня риска употребления никотина Шкалы, субшкалы	Группа 3 Me [Q1; Q3]	Группа 4 Me [Q1; Q3]	p	Группа 3 Me [Q1; Q3]	Группа 4 Me [Q1; Q3]	p
Психологический дистресс: общий балл (шкала K-10)	12,0 [10,0;16,0]	13,0 [10,0; 20,8]	0,153	13,0 [10,0; 15;0]	12,5 [10,0; 17;0]	0,628
Психологический дистресс: интерпретация (шкала K-10)	1,0 [1,0; 1,0]	1,0 [1,0; 2,0]	0,057	1,0 [1,0; 1,0]	1,0 [1,0; 1,0]	0,047
Психотравматическое влияние: общий балл (шкала IES-R)	1,0 [0; 7,0]	1,5 [0; 17,8]	0,249	2,0 [0; 9,0]	4,0 [0; 12,5]	0,168
Психотравматическое влияние: интерпретация (шкала IES-R)	1,0 [1,0; 1,0]	1,0 [1,0; 1,0]	0,334	1,0 [1,0; 1,0]	1,0 [1,0; 1,0]	0,419
Избегание (субшкала IES-R)	0 [0; 3,0]	0 [0; 9,0]	0,315	0 [0; 3,0]	0 [0; 7,3]	0,226
Вторжение (субшкала IES-R)	0 [0; 3,0]	1,0 [1; 6,0]	0,064	0 [0; 3,0]	2,0 [0; 4,0]	0,125
Гипервозбудимость (субшкала IES-R)	0 [0; 2,0]	1,0 [0; 2,0]	0,421	0 [0; 3,0]	2,0 [0; 3,0]	0,328

Примечание: полужирный шрифт — значимые различия; курсив — тенденция к статистической значимости.

При изучении динамики показателей в исследуемых группах было выявлено, что в Группе 3 и в Группе 4 в пренатальный период показатели влияния ПТСР (шкала IES-R) на эмоциональное состояние были значимо выше (для Группы 3: $p \leq 0,01$, для Группы 4: $p \leq 0,05$), чем до беременности, что, как и в случае с курением, было связано с более высокими показателями по шкале избегания (для Группы 3 и для Группы 4: $p \leq 0,05$). На уровне тенденции к значимым различиям ($p = 0,069$) в Группе 4 в пренатальный период показатели вторжения мыслей о психотравмирующем переживании (шкала IES-R) были выше, чем до беременности (Фадеева Е.В., Лановая А.М., 2024г).

Корреляционный и факторный анализ предикторов курения и злоупотребления алкоголем в группе беременных женщин. Анализ проводился при помощи непараметрического критерия Спирмена для выявления взаимосвязей между уровнями риска употребления никотина и алкоголя женщинами во время беременности и социально-демографическими, социально-психологическими и клинико-психологическими факторами. Для проведения анализа предикторов, влияющих на курение и употребление алкоголя женщинами репродуктивного возраста до беременности и в пренатальный период 204 женщины были разделены на четыре группы так же, как и в предыдущем разделе (таблица 66).

Корреляционный анализ изучаемых показателей в группе беременных женщин. Для изучения взаимосвязей курения и употребления алкоголя до и во время беременности с социально-демографическими, социально-психологическими и клинико-психологическими факторами уязвимости был проведен корреляционный анализ изучаемых показателей (рис. 12 и 13).

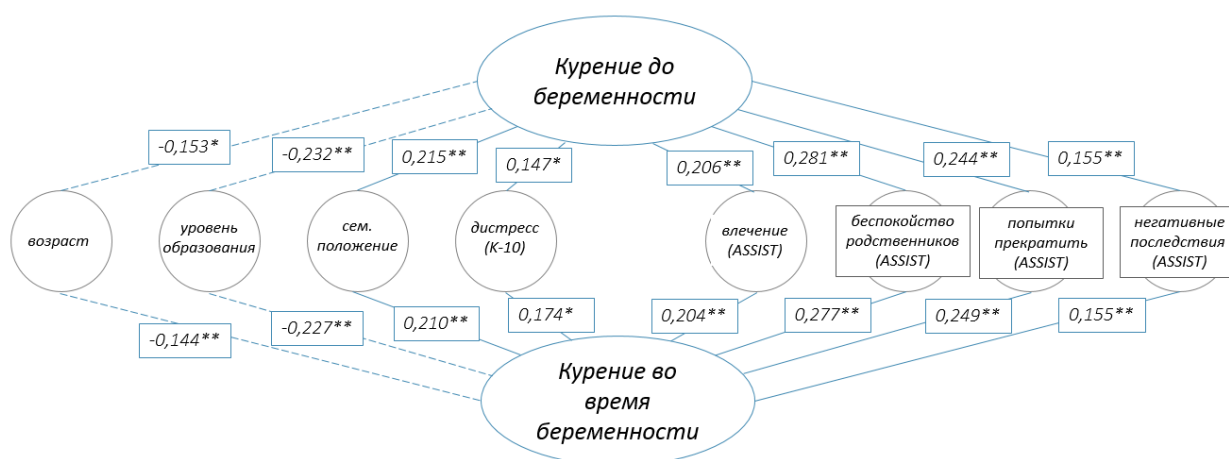


Рисунок 12 - Корреляционные плеяды, отражающие связи между курением до и во время беременности с социально-демографическими и клинико-психологическими факторами уязвимости

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$; ** – уровень значимости $p \leq 0,01$; сплошная линия – прямая связь; пунктирная линия – обратная связь

Проведенный корреляционный анализ показал, что употребление никотина как до беременности, так и в пренатальный период было отрицательно связано с такими социально-демографическими показателями, как возраст (до беременности $r = -0,153$, $p \leq 0,05$; во время беременности $r = -0,230144$, $p \leq 0,05$) и уровень образования (до беременности $r = -0,232$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = -$

0,227, $p \leq 0,01$), и положительно с показателем семейного положения (до беременности $r = 0,215$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = 0,210$, $p \leq 0,01$). Отмечались прямые взаимосвязи с показателем дистресса (до беременности $r = 0,147$, $p \leq 0,05$; во время беременности $r = 0,174$, $p \leq 0,05$). Наблюдались прямые корреляции употребления никотина с клиническими признаками зависимости от алкоголя, а именно с факторами влечения (до беременности $r = 0,206$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = 0,204$, $p \leq 0,01$) и безуспешных попыток прекратить употребление спиртных напитков (до беременности $r = 0,244$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = 0,249$, $p \leq 0,01$). К взаимосвязям социально-психологического характера относились прямые корреляции с фактором беспокойства родственников употреблением алкоголя женщиной (до беременности $r = 0,281$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = 0,277$, $p \leq 0,01$) и с фактором негативных последствий из-за чрезмерного употребления (до беременности $r = 0,155$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = 0,155$, $p \leq 0,01$).

При более детальном анализе можно обнаружить, что до беременности наиболее сильные корреляционные связи отмечались с беспокойством родственников по поводу употребления алкоголя женщиной (прямая связь), с безуспешными попытками прекратить употребление алкоголя (прямая связь) и с уровнем образования (обратная связь).

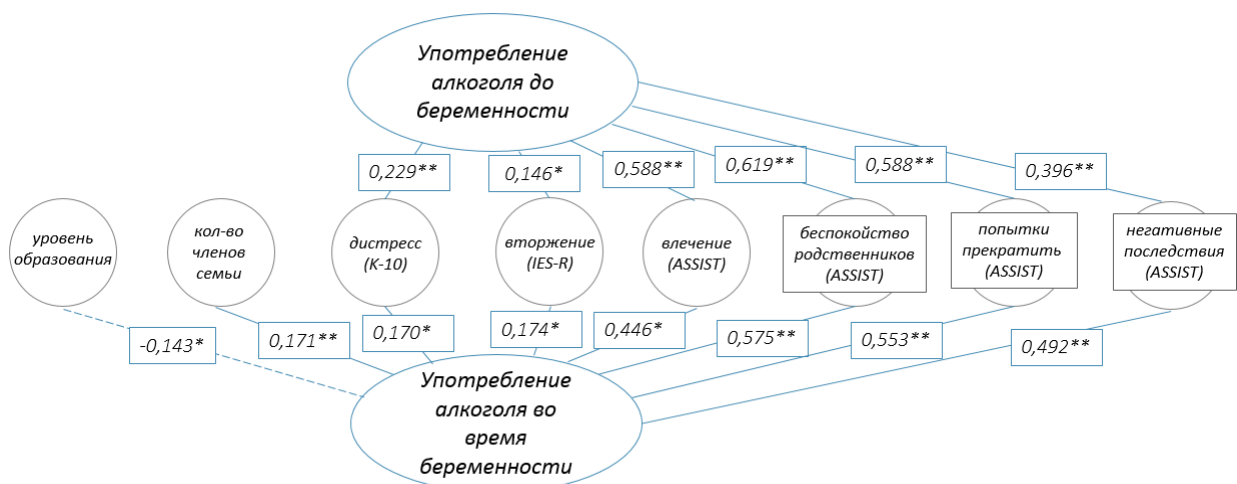


Рисунок 13 - Корреляционные плеяды, отражающие связи между употреблением алкоголя до и во время беременности с социально-демографическими и клинико-психологическими факторами уязвимости

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$; ** – уровень значимости $p \leq 0,01$; сплошная линия – прямая связь; пунктирная линия – обратная связь

Корреляционные плеяды, отражающие взаимосвязи употребления алкоголя с изучаемыми параметрами, имели несколько иную структуру в сравнении со структурой корреляций по курению. Так, употребление алкоголя до беременности не было связано с представленными социально-демографическими характеристиками. Тем не менее, употребление алкоголя в пренатальный период было отрицательно связано с уровнем образования ($r = -0,143$, $p \leq 0,05$) и положительно – с количеством проживающих совместно членов семьи ($r = 0,171$, $p \leq 0,01$). К психоэмоциональным факторам, взаимосвязанным с употреблением алкоголя как до беременности, так и в пренатальный период, помимо фактора дистресса (до беременности $r = 0,229$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = 0,170$, $p \leq 0,01$) был добавлен фактор вторжения мыслей о травматическом переживании (до беременности $r = 0,146$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = 0,174$, $p \leq 0,01$). К корреляциям употребления алкоголя с клиническими признаками зависимости относились связи с симптомами влечения (до беременности $r = 0,588$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = 0,446$, $p \leq 0,01$) и безуспешными попытками сократить количество употребляемого алкоголя (до беременности $r = 0,588$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = 0,553$, $p \leq 0,01$). Связь употребления алкоголя с социально-психологическими характеристиками была отражена корреляциями с фактором беспокойства родственников по поводу употребления алкоголя женщиной (до беременности $r = 0,619$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = 0,575$, $p \leq 0,01$) и с фактором негативных последствий из-за чрезмерного употребления (до беременности $r = 0,396$, $p \leq 0,01$; во время беременности $r = 0,492$, $p \leq 0,01$).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в период до наступления беременности наиболее сильные связи употребления алкоголя наблюдались с факторами, преимущественно отражающими клинические признаки зависимого поведения и с социально-психологическими факторами риска: с беспокойством родственников по поводу злоупотребления алкоголем женщиной (прямая связь), с безуспешными попытками прекратить употребление алкоголя (прямая связь) и с влечением к алкоголю (прямая связь). В период беременности наиболее сильные

корреляции были со схожими параметрами, хотя отмечалась динамика силы связи: более слабая связь с обеспокоенностью родственников (прямая связь), более слабая связь с попытками прекратить употребление, а также в пренатальный период на первый план выходила связь с осознанием негативных последствий употребления алкоголя (прямая связь).

Представленные корреляции легли в структуру факторного анализа в группах женщин с разным уровнем риска курения и употребления алкоголя.

Факторный анализ изучаемых показателей в группе беременных женщин.

Многомерный факторный анализ применялся для выявления параметров, влияющих на курение и употребление алкоголя во время беременности в группах беременных женщин, сравниваемых с учетом уровня риска употребления никотина и алкоголя (Фадеева Е.В., Лановая А.М., 2025). Нагрузки, дисперсии, названия факторов и переменные, вошедшие в факторы, представлены в таблицах 71 и 72.

Факторный анализ параметров, влияющих на курение. Факторизация обобщенных переменных позволила выделить структуру факторов, влияющих на риск формирования никотиновой (табачной) зависимости у женщин Группы 1 и Группы 2. В результате было выделено 6 факторов, влияющих на формирование никотиновой зависимости в Группе 1 у женщин, не куривших в последние 12 месяцев или куривших, но отказавшихся от потребления любого количества никотина во время беременности (суммарная дисперсия составила 72,9%). В Группе 2 продолжавших курить во время беременности женщин было выделено 4 фактора, влиявших на потребление никотинсодержащей продукции (суммарная дисперсия составила 70,0%). Ниже представлен состав факторов в сравниваемых группах женщин, отражающий различный вклад предикторов аддиктивного поведения, влияющих на инициацию или продолжение потребления никотинсодержащей продукции во время беременности (таблица 71).

Таблица 71 - Результаты факторного анализа параметров, влияющих на курение, в сравниваемых группах беременных женщин

Группа 1 Суммарная дисперсия 72,9%		Группа 2 Суммарная дисперсия 70,0%	
Факторные нагрузки	Переменные фактора	Факторные нагрузки	Переменные фактора
Фактор психоэмоционального состояния F₁ (20,4%)		Фактор психоэмоционального состояния F₁ (23,8%)	
0,896	Гипервозбудимость (шкала IES-R)	0,910	Вторжение (шкала IES-R)
0,878	Вторжение (шкала IES-R)	0,856	Избегание (шкала IES-R)
0,834	Избегание (шкала IES-R)	0,838	Дистресс (шкала К-10)
0,783	Дистресс (шкала К-10)	0,837	Гипервозбудимость (шкала IES-R)
Фактор малой социальной группы (семейный состав и распределение доходов) F₂ (14,6%)		Фактор малой социальной группы (семейный состав, распределение доходов и демографические характеристики) F₂ (20,5%)	
0,884	Количество совместно проживающих членов семьи	0,930	Количество совместно проживающих членов семьи
0,823	Количество детей	0,881	Количество детей
-0,676	Доход на одного члена семьи	-0,617	Доход на одного члена семьи
		0,607	Возраст
		-0,582	Размер населенного пункта

Продолжение таблицы 71 - Результаты факторного анализа параметров, влияющих на курение, в сравниваемых группах беременных женщин

Группа 1 Суммарная дисперсия 72,9%		Группа 2 Суммарная дисперсия 70,0%	
Факторные нагрузки	Переменные фактора	Факторные нагрузки	Переменные фактора
Фактор психосоциальных предикторов алкогольной зависимости F₃ (12,2%)		Фактор психосоциальных предикторов алкогольной зависимости F₃ (15,0%)	
0,929	Негативные последствия из-за употребления алкоголя (тест ASSIST)	0,815	Обеспокоенность родственников употреблением алкоголя (тест ASSIST)
0,902	Обеспокоенность родственников употреблением алкоголя (тест ASSIST)	0,745	Негативные последствия из-за употребления алкоголя (тест ASSIST)
		0,712	Профессиональный статус
Фактор большой социальной группы (возраст и профессиональная квалификация) F₄ (10,5%)		Фактор социального статуса F₄ (10,7%)	
0,738	Возраст	0,852	Семейное положение
0,729	Уровень образования	-0,627	Уровень образования
-0,514	Профессиональный статус		
Фактор семейного статуса F₅ (7,8%)			
0,804	Семейное положение		
0,610	Обеспокоенность родственников употреблением никотина (тест ASSIST)		
Фактор урбанизации F₆ (7,4%)			
0,942	Размер населенного пункта		

1) Первый фактор (F₁), обозначенный нами как «Фактор психоэмоционального состояния», в двух исследуемых группах был представлен переменными, свидетельствующими о психоэмоциональной уязвимости к внешним стрессообразующим факторам и травматичным событиям. Переменные фактора F₁ были сформированы схожим образом для женщин обеих групп, что указывает на факт универсального негативного воздействия параметров фактора на беременных женщин Группы 1 и Группы 2. Однако в группе не куривших женщин (Группа 1) на

первый план выходили показатели гипервозбудимости (факторная нагрузка = 0,896), в то время как для женщин со злоупотреблением никотина (Группа 2) – это были показатели вторжения, включающие навязчивые мысли о пережитом травматическом событии (факторная нагрузка = 0,910).

2) Фактор риска малой социальной группы (F_2) большей частью содержал общие для обеих групп женщин переменные – количество совместно проживающих членов семьи, включая количество детей, и доход на одного члена семьи (с отрицательным значением), что указывает на универсальность и общность указанных параметров в патогенезе никотиновой зависимости для женщин с различными уровнями риска. Отличительными являлись переменные возраста и размера населенного пункта (с отрицательным значением), определенные у женщин Группы 2, что может говорить о меньшей стигматизации употребления никотина в малой социальной группе женщинами более старшего возраста при проживании в населенных пунктах с меньшей численностью населения.

3) Третий фактор риска (F_3), обозначенный как «Фактор психосоциальных предикторов алкогольной зависимости», для двух исследуемых групп включал переменные, отражающие частоту возникновения негативных последствий из-за употребления алкоголя, а также обеспокоенность родственников и близких употреблением алкоголя женщинами во время беременности. Причем для женщин Группы 1 в первую очередь имели значения негативные последствия (факторная нагрузка = 0,929), а для женщин Группы 2 – обеспокоенность родственников (факторная нагрузка = 0,815), что может характеризовать первую группу более высоким уровнем осознанности и способности оценивать негативный исход употребления алкоголя, а вторую группу – ориентацией на осуждающее мнение близких людей из-за эпизодов употребления алкоголя в период беременности. Отличительной переменной фактора F_3 для женщин Группы 2 являлся более высокий профессиональный статус (факторная нагрузка = 0,712): полученный результат может говорить об особой обеспокоенности родственников женщин, употребляющих алкоголь во время беременности и имеющих более высокий

трудовой статус, в силу возникновения проблем социального и финансового характера.

4) Четвертый фактор риска (F_4) был обозначен нами для Группы 1 как «Фактор большой социальной группы (возраст и профессиональная квалификация)», а для Группы 2 - как «Фактор социального статуса», поскольку включал только одну общую для обеих изучаемых групп переменную – уровень образования. Таким образом, для женщин Группы 1 фактор F_4 объединял такие параметры риска зависимого поведения, как возраст, уровень образования и профессиональный статус (с отрицательным значением). Полученный результат может свидетельствовать о том, что более старший возраст, более высокий уровень образования и неполная трудовая занятость, действующие в совокупности на женщин Группы 1, являются предикторами риска курения во время беременности. Фактор риска F_4 - «Фактор социального статуса» для женщин Группы 2 включал семейное положение и уровень образования (с отрицательным значением). Среди группы общих факторов риска обращает на себя внимание переменная «уровень образования» (с отрицательным значением), обнаруживаемая у женщин Группы 2. Это может объясняться тем, что низкий уровень образования связан с рисками увеличения частоты и количества используемых никотинсодержащих изделий.

5) Для женщин Группы 1 были выделены еще два фактора. «Фактор семейного статуса» (F_5) включал переменные семейного положения и обеспокоенности родственников употреблением никотина. Полученный результат может говорить о том, что в Группе 1 «нулевой» риск курения, вероятно, связан с более благополучным семейным положением, при котором родственники могут оказывать влияние на снижение количества потребляемой никотинсодержащей продукции.

6) Шестой фактора – «Фактор урбанизации» (F_6) для женщин Группы 1 включал переменную, отражающую размер населённого пункта, в котором проживали женщины, что указывает на большие риски курения для женщин, проживающих в большом городе (факторная нагрузка = 0,942) (Фадеева Е.В., Лановая А.М., 2025).

Важно отметить, что в Группе 2 среди женщин с рискованным уровнем курения переменная обеспокоенности родственников употреблением никотина не была включена в структуру факторов, что может быть связано либо со сформированным у близких людей безразличием, либо с психологическим вытеснением данного влияния со стороны женщин. Концептуально развитие социальных компетенций уменьшает влияние факторов риска большой и малой социальной группы, поскольку просоциальное поведение способствует формированию и закреплению положительных социально одобряемых моделей поведения, к которым относится отказ от курения среди женщин в целом, а в пренатальный период - особенно.

Факторный анализ параметров, влияющих на употребление алкоголя. Факторизация обобщенных переменных позволила выделить структуру факторов, влияющих на риск злоупотребления алкоголем во время беременности у женщин Группы 3 с отсутствием потребления алкоголя за последние 12 месяцев или с потреблением алкоголя в течение последних 12 месяцев, но не во время беременности, и у женщин Группы 4 с потреблением любого количества алкоголя в течение беременности. В результате анализа было выделено 6 факторов, влияющих на злоупотребление алкоголем в обеих группах (суммарная дисперсия для женщин Группы 3 составила 72,3%, а для женщин Группы 4 – 80,2%) (таблица 72).

Таблица 72 - Результаты факторного анализа параметров, влияющих на злоупотребление алкоголем в сравниваемых группах беременных женщин

Группа 3 Суммарная дисперсия 72,3%		Группа 4 Суммарная дисперсия 80,2%	
Факторные нагрузки	Переменные фактора	Факторные нагрузки	Переменные фактора
Фактор психоэмоционального состояния F ₁ (20,1%)		Фактор психоэмоционального состояния F ₁ (22,4%)	
0,905	Вторжение (шкала IES-R)	0,858	Избегание (шкала IES-R)
0,881	Гипервозбудимость (шкала IES-R)	0,837	Гипервозбудимость (шкала IES-R)
0,861	Избегание (шкала IES-R)	0,818	Вторжение (шкала IES-R)
0,769	Дистресс (шкала К-10)	0,792	Дистресс (шкала К-10)

Продолжение таблицы 72 - Результаты факторного анализа параметров, влияющих на злоупотребление алкоголем в сравниваемых группах беременных женщин

Группа 3 Суммарная дисперсия 72,3%		Группа 4 Суммарная дисперсия 80,2%	
Факторные нагрузки	Переменные фактора	Факторные нагрузки	Переменные фактора
Фактор малой социальной группы (семейный состав и распределение доходов) F₂ (15,0%)		Фактор малой социальной группы (семейный состав) F₂ (16,1%)	
0,876	Количество совместно проживающих членов семьи	0,899	Количество совместно проживающих членов семьи
0,830	Количество детей	0,887	Количество детей
-0,667	Доход на одного члена семьи		
Фактор психосоциальных предикторов алкогольной зависимости F₃ (12,8%)		Фактор психосоциальных предикторов алкогольной зависимости F₃ (11,4%)	
0,923	Негативные последствия из-за употребления алкоголя (тест ASSIST)	0,884	Негативные последствия из-за употребления алкоголя (тест ASSIST)
0,899	Обеспокоенность родственников употреблением алкоголя (тест ASSIST)	0,775	Обеспокоенность родственников употреблением алкоголя (тест ASSIST)
Социально-демографический фактор F₄ (9,8%)		Социально-демографический фактор F₄ (11,2%)	
0,747	Уровень образования	0,873	Семейное положение
0,592	Возраст	0,742	Возраст
Фактор урбанизации F₅ (7,4%)		Фактор социально-экономического статуса F₅ (10,9%)	
0,892	Размер населенного пункта	0,846	Уровень образования
		0,579	Доход на одного члена семьи
Фактор социального статуса F₆ (7,3%)		Фактор урбанизации и профессионального статуса F₆ (8,1%)	
0,858	Обеспокоенность родственников употреблением никотина (тест ASSIST)	0,732	Размер населенного пункта
0,559	Семейное положение	-0,674	Профессиональный статус

1) Первый фактор (F₁) – «Фактор психоэмоционального состояния», в обеих исследуемых группах был представлен одинаковыми переменными, отражающими

влияние на эмоциональное состояние психотравмирующих ситуаций и психологического дистресса. В Группе 3 на первый план выходил параметр вторжения мыслей о травматическом событии (факторная нагрузка = 0,905), в то время как для женщин Группы 4 – параметр избегания подобных мыслей (факторная нагрузка = 0,858).

2) Фактор малой социальной группы (F_2) содержал две общие для обеих групп женщин переменные – количество совместно проживающих членов семьи и количество детей. Однако фактор F_2 для женщин Группы 3 также включал переменную дохода на одного члена семьи (с отрицательным значением). Полученные результаты могут говорить о том, что для женщин, отказавшихся от употребления алкоголя, совокупное влияние большого числа совместно проживающих членов семьи и детей при низком доходе может потенцировать употребление спиртных напитков во время беременности, в то время как для злоупотребляющих алкоголем женщин значение имеет в большей степени именно многочисленный состав семьи.

3) Третий фактор риска (F_3) – «Фактор психосоциальных аспектов алкогольной зависимости», для Группы 3 и для Группы 4 включал переменные, отражающие частоту возникновения негативных последствий из-за употребления алкоголя, а также обеспокоенность родственников и близких употреблением алкоголя женщинами во время беременности. В отличие от результатов сравнения групп по уровню риска курения, в данном случае как для женщин Группы 3, так и для женщин Группы 4 последовательность переменных была одинаковая. Тем не менее, для женщин Группы 3 сила связи со сформированным фактором была выше, что может указывать на их большую осознанность в отношении последствий употребления алкоголя, а также на большую восприимчивость к социальному давлению и семейным ожиданиям.

4) Четвертый фактор риска (F_4) – «Социально-демографический фактор» – включал для Группы 3 переменные уровня образования и возраста, а для Группы 4 – переменные семейного положения и возраста (более сильная связь со сформированным фактором). Таким образом, касательно влияния социально-

демографических характеристик на риск употребления алкоголя, для не употреблявших алкоголь во время беременности женщин на первый план выступал более высокий уровень образования (факторная нагрузка = 0,747), а для злоупотреблявших алкоголем женщин – полная семья (факторная нагрузка = 0,873).

5) Пятый фактор риска (F_5) для женщин Группы 3 был обозначен как «Фактор урбанизации» и включал переменную «размер населенного пункта» (факторная нагрузка = 0,892), из чего следует, что для не употребляющих алкоголь во время беременности женщин проживание в крупных населенных пунктах повышает риск инициации данной формы аддиктивного поведения. Фактор F_5 для Группы 4 был обозначен как «Фактор социально-экономического статуса» и включал переменные «уровень образования» (факторная нагрузка = 0,846) и «доход на одного члена семьи» (факторная нагрузка = 0,579).

6) Шестой фактор (F_6) – «Фактор социального статуса» - для женщин Группы 3 включал переменные обеспокоенности родственников употреблением никотина и семейного положения, что может говорить о значительном влиянии семейных и социальных отношений на поведение женщин в отношении курения в пренатальный период. Фактор F_6 для женщин Группы 4 включал переменные «размер населённого пункта» (факторная нагрузка = 0,732) и «профессиональный статус» (с отрицательным значением) (факторная нагрузка = -0,674). Это может быть объяснено тем, что низкий уровень профессиональных компетенций и трудовой занятости даже в более крупных городах связан с рисками увеличения частоты и количества употребляемого алкоголя среди женщин с более высоким уровнем риска.

Как и в отношении риска формирования никотиновой зависимости, значимыми для обеих групп женщин в отношении рискованного употребления алкоголя стали переменные «Фактор психоэмоционального состояния» (F_1) и «Фактор малой социальной группы» (F_2), что указывает на единые патогенетические механизмы формирования аддиктивных расстройств, значимо взаимосвязанные с негативной аффективностью, большим количеством членов

семьи вкупе с низким доходом на каждого из них (Фадеева Е.В., Лановая А.М., 2025).

Проведенный корреляционный и факторный анализ, а также детальное изучение влияния курения и употребления алкоголя женщинами репродуктивного возраста до беременности и в пренатальный период на исход беременности и родов позволило сформулировать ряд выводов.

1) Наступление беременности безусловно положительно повлияло на изменение частотно-количественных характеристик употребления никотинсодержащей продукции и алкогольных напитков обследованными женщинами. Из 19,5% курящих на момент наступления беременности женщин 5,9% отказались от употребления никотинсодержащей продукции, а 4,4% изменили форму курения с постоянной на эпизодическую. Тем не менее количество женщин в группе с рискованным уровнем употребления никотина сократилось с 19,5% до 8,3%, что представляется недостаточным для общего снижения вредных последствий курения для беременной и плода. Аналогичные тенденции наблюдались и в отношении алкоголя – более трети женщин (38,2%) отказались от его употребления, когда узнали о наступлении беременности, однако пятая часть женщин (21,5%) продолжали злоупотребление.

2) Достаточно часто повышение значений не прямых биомаркеров употребления алкоголя беременными коррелировало с уровнями риска 2А-5А (по методу TLFB), соответствующими критериям злоупотребления алкоголем. Повышение значений CDT в 53,3% случаев совпадало с выявленными уровнями риска 2А-5А, повышение значений АСТ и АЛТ – в 29,2% и 36,0% соответственно.

3) Наиболее частой патологией беременности у курящих женщин (уровни риска 3К-5К) была «внутриутробная гипоксия» (в 31,0% случаев) и задержка роста плода (в 26,7% случаев), а для злоупотребляющих алкоголем женщин (уровни риска 3А-5А) – «внутриутробная гипоксия» (в 31,0% случаев).

4) Признаки недоношенности наиболее часто определялись у детей, рожденных женщинами, продолжавшими курить в течение беременности (в 11,8% случаев). Признаки недоношенности в близнецовой паре также чаще определялись

у женщин, продолжавших курить и употреблять алкоголь во время беременности – в 5,9% случаев (уровни риска 3К-5К) и в 3,3% случаях (уровни риска 3А-5А). Однако следует отметить и полученные в исследовании неоднозначные результаты, в частности признаки недоношенности отмечались в 9,7% случаев у женщин, которые, по данным метода TLFB, прекратили употреблять алкоголь (уровни риска 0А-1А).

5) Выявленная значимая взаимосвязь между употреблением никотина до беременности и употреблением алкоголя во время беременности ($p \leq 0,001$) позволяет аргументированно усиливать меры профилактики в отношении отказа от курения в группе небеременных женщин репродуктивного возраста, что потенциально может оказать положительное влияние на снижение употребления алкоголя во время беременности.

6) Изучение психоэмоционального состояния женщин репродуктивного возраста как фактора риска, влияющего на курение и употребление алкоголя до беременности и в пренатальный период, показало, что у обследованных женщин был выявлен достаточно высокий уровень психологического дистресса как до беременности, так и во время беременности (в течение последних 4 недель) – 28,9 и 25,5% соответственно. Уровень психологического дистресса оставался стабильным как до беременности, так и в пренатальный период у куривших женщин и у женщин, отказавшихся от курения, однако количество женщин со средним, высоким или очень высоким уровнем дистресса было значимо выше среди потреблявших никотинсодержащую продукцию. Обратная тенденция наблюдалась в отношении употребления алкоголя: число злоупотреблявших алкоголем женщин с признаками психологического дистресса, наоборот, значимо снизилось с 26,8% до беременности до 22,7% во время беременности, а количество не употреблявших алкоголь женщин с признаками дистресса – возросло в пренатальный период.

7) Результаты проведенного факторного анализа предикторов курения и злоупотребления алкоголем среди беременных женщин в четырех изучаемых группах подтверждают данные российских и зарубежных исследований,

отмечающих, что неблагоприятное психоэмоциональное состояние женщин репродуктивного возраста является значимым прогностическим фактором рискованного и вредного употребления ПАВ как до беременности, так и злоупотребления ими в течение беременности. Также требуют внимания специалистов медицинских организаций такие факторы социально-демографического неблагополучия, как низкий уровень дохода при большом количестве совместно проживающих членов семьи, включая несовершеннолетних детей, повышающие риски злоупотребления никотином и алкоголем (Фадеева Е.В., 2024б; Фадеева Е.В., 2024в; Фадеева Е.В., Лановая А.М., 2024г; Фадеева Е.В., Лановая А.М., 2025).

Полученные результаты подтверждают необходимость усиления профилактической работы с женщинами, воздерживающимися от употребления ПАВ во время беременности и злоупотребляющими ими, поскольку сочетанное действие обнаруженных факторов риска способно и инициировать, и усугублять аддиктивное поведение.

4.2.3. Результаты реализации единого алгоритма диагностических и превентивных подходов в группе терапевтических и реабилитационных вмешательств

На основном этапе исследования по реализации диагностических методов и превентивных подходов в качестве объекта терапевтических и реабилитационных вмешательств были обследованы 339 пациентов с наркологическими расстройствами.

Основные социально-демографические данные выборки. В исследовании приняли участие 339 пациентов: 232 мужчин (68,4%) и 107 женщин (31,6%) с проблемным употреблением алкоголя или наркотиков. Средний возраст участников исследования составил $39,8 \pm 10,1$ года (для мужчин $41,2 \pm 9,2$; для женщин $36,7 \pm 11,2$). Диагноз «психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением алкоголя» (F10.x, МКБ-10) был установлен у 265 пациентов (191 мужчина, 74 женщины). Диагноз «психические и поведенческие

расстройства, связанные с употреблением других ПАВ» (F11.x, F15.x, F19.x; МКБ-10) был установлен у 74 пациентов (41 мужчина, 33 женщины). Соответственно выборка была разделена на следующие группы: пациенты мужского пола с проблемным употреблением алкоголя и других ПАВ, пациенты женского пола с проблемным употреблением алкоголя и других ПАВ (Фадеева Е.В., 2024г). Социально-демографические данные изученной выборки с учетом наркологического диагноза и гендерных различий представлены в таблице 73.

Таблица 73 - Основные социально-демографические данные пациентов с учетом наркологического диагноза и гендерных различий (n=339)

Диагноз Исследуемые характеристики	Проблемное употребление алкоголя, n=265 (68,4%)		Проблемное употребление других ПАВ, n=74 (31,6%)	
	мужчины, n (%)	женщины, n (%)	мужчины, n (%)	женщины, n (%)
Общее число обследованных	191 (72,1)	74 (27,9)	41 (55,4)	33 (44,6)
Возраст				
30 и моложе	14 (7,3)	21 (28,4)	12 (29,3)	12 (36,4)
31-40	68 (35,6)	22 (29,7)	15 (36,6)	13 (39,4)
41-50	68 (35,6)	18 (24,3)	14 (34,2)	7 (21,2)
51-60	41 (21,5)	13 (17,6)	- (-)	1 (3,0)
Семейное положение				
женат / замужем	59 (30,9)	25 (33,8)	10 (24,4)	6 (18,2)
«гражданский брак»	39 (20,4)	7 (9,5)	4 (9,8)	1 (3,0)
холост/ не замужем	44 (23,0)	24 (32,4)	24 (58,5)	15 (45,5)
разведен/ разведена	45 (23,6)	11 (14,9)	3 (7,3)	10 (30,3)
вдовец/вдова	2 (1,1)	5 (6,8)	- (-)	1 (3,0)
Число детей				
детей нет	67 (35,1)	25 (33,8)	28 (68,3)	17 (51,5)
один	69 (36,1)	27 (36,5)	10 (24,4)	12 (36,4)
двое	43 (22,5)	16 (21,6)	2 (4,9)	4 (12,1)
трое и более	7 (3,7)	4 (5,4)	1 (2,4)	- (-)
Число совместно проживающих членов семьи (считая респондента)				
один	44 (23,0)	7 (9,5)	5 (12,2)	8 (24,2)
двое	60 (31,4)	18 (24,3)	14 (34,1)	8 (27,3)
трое	49 (25,7)	20 (27,0)	16 (39,0)	9 (20,3)
четверо и более	38 (19,9)	28 (37,8)	6 (14,6)	8 (24,2)

Продолжение таблицы 73 - Основные социально-демографические данные пациентов с учетом наркологического диагноза и гендерных различий (n=339)

Диагноз Исследуемые характеристики	Проблемное употребление алкоголя, n=265 (68,4%)		Проблемное употребление других ПАВ, n=74 (31,6%)	
	мужчины, n (%)	женщины, n (%)	мужчины, n (%)	женщины, n (%)
Основной род занятости				
не работает	48 (25,1)	17 (22,9)	14 (34,1)	11 (33,3)
учащийся	2 (1,1)	6 (8,1)	4 (9,8)	3 (9,1)
ведение хозяйства	8 (4,2)	12 (16,2)	1 (2,4)	1 (3,0)
частичная занятость	42 (21,9)	14 (18,9)	6 (14,6)	9 (27,3)
полная занятость	91 (47,6)	24 (32,4)	16 (39,0)	9 (27,3)
Среднемесячный доход домохозяйства (общий доход всех членов семьи)				
до 20 тыс. рублей	64 (33,5)	18 (24,3)	11 (26,8)	16 (48,5)
20-40 тыс. рублей	47 (24,6)	29 (39,2)	14 (34,1)	7 (21,2)
40-80 тыс. рублей	48 (25,1)	16 (21,6)	8 (19,5)	9 (27,3)
80-120 тыс. рублей	20 (10,5)	8 (10,8)	4 (9,8)	- (-)
120 тыс. рублей и более	12 (6,3)	2 (2,7)	4 (9,8)	1 (3,0)
Место жительства				
сельское поселение	4 (2,1)	4 (5,4)	1 (2,4)	1 (3,0)
малый город или поселок	42 (21,9)	19 (25,7)	17 (41,5)	8 (24,2)
средний или большой город	87 (45,6)	32 (43,2)	18 (43,9)	14 (42,4)
крупный город	50 (26,2)	10 (13,5)	5 (12,2)	5 (15,2)
крупнейший город	8 (4,2)	8 (10,8)	- (-)	5 (15,2)

Клинико-психологические факторы риска, влияющие на злоупотребление алкоголем и наркотиками.

Психологический дистресс. Практически у половины пациентов (48,7% от общей выборки) с проблемным употреблением алкоголя и других ПАВ были определены средний, высокий или очень высокий уровни психологического дистресса, более подробный анализ выраженности дистресса у обследованных пациентов с учетом наркологического диагноза и гендерных различий представлен в таблице 74.

Таблица 74 - Уровень психологического дистресса у обследованных пациентов с учетом наркологического диагноза и гендерных различий (n=339)

Уровень дистресса (по шкале К- 10)	Проблемное употребление алкоголя, n=265					Проблемное употребление других ПАВ, n=74				
	мужчины		женщины		p	мужчины		женщины		p
	n=191 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=74 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах		n=41 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=33 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	
Низкий (до 20 баллов)	109 (57,1)	12 [10; 14,5]	35 (47,3)	14 [10; 17]	0,009	18 (43,9)	14 [10; 16]	11 (33,3)	13 [11; 15]	0,803
Средний (от 20 до 24 баллов)	33 (17,3)	20 [20; 22]	12 (16,2)	22 [20; 23,8]	0,120	9 (21,9)	23 [20; 24]	11 (33,3)	20 [20; 23]	0,116
Высокий (от 25 до 29 баллов)	18 (9,4)	27 [26; 28]	13 (17,6)	26 [25; 29]	0,489	10 (24,4)	27 [26; 29]	5 (15,2)	26 [25,5; 27,5]	0,233
Очень высокий (от 30 баллов)	31 (16,2)	32 [30; 40]	14 (18,9)	38 [31,8; 42,8]	0,093	4 (9,8)	33 [30; 46,5]	6 (18,2)	35 [32,3; 43,8]	0,829

Примечание: Md [Q1; Q3] – медиана [1 квартиль; 3 квартиль]. Полужирный шрифт – значимые различия.

Как можно видеть из таблицы 74, наиболее часто психологический дистресс определялся у женщин с проблемным употреблением других ПАВ (суммарно с учетом среднего, высокого и очень высокого уровней дистресса - в 66,6%), а реже – у мужчин с алкогольной зависимостью (суммарно - в 32,9%), что тем не менее в разы превосходит распространенность избыточного стресс-реагирования среди лиц без наркологических расстройств. У женщин с проблемным употреблением алкоголя отмечались значимо более высокие баллы при низком уровне дистресса ($p \leq 0,01$) и, на уровне тенденции к значимым различиям, более высокие баллы при очень высоком уровне дистресса ($p = 0,093$), чем у мужчин с аналогичными наркологическими расстройствами. Также отличительной особенностью изученной выборки являлось большое количество пациентов с очень высоким уровнем психологического дистресса: 16,2% - у мужчин с алкогольной зависимостью, 18,9% - у женщин с алкогольной зависимостью, 9,8% - у мужчин с

зависимостью от других ПАВ и 18,2% - у женщин с зависимостью от других ПАВ (таблица 74).

Посттравматическое стрессовое расстройство. Большинство обследованных пациентов (74,3% от общей выборки) не обнаруживали признаков ПТСР. Тем не менее, у 25,7% пациентов было отмечено наличие признаков ПТСР различной выраженности, как правило, на уровне его тяжелых проявлений (у 14,5% от общей выборки). Более подробный анализ выраженности признаков ПТСР у обследованных пациентов с учетом наркологического диагноза и гендерных различий представлен в таблице 75.

Таблица 75 - Наличие признаков ПТСР у обследованных пациентов с учетом наркологического диагноза и гендерных различий (n=339)

Признак и ПТСР (по шкале IES-R)	Проблемное употребление алкоголя, n=265					Проблемное употребление других ПАВ, n=74				
	мужчины		женщины		p	мужчины		женщины		p
	n=191 (%)	Md [Q1;Q3]] в баллах	n=74 (%)	Md [Q1;Q3]] в баллах		n=41 (%)	Md [Q1;Q3]] в баллах	n=33 (%)	Md [Q1;Q3]] в баллах	
Норма (от 0 до 23 баллов)	149 (78,0)	0 [0; 6]	48 (64,9)	5 [0; 8]	0,028	31 (75,6)	8 [0; 15]	23 (69,7)	10 [0; 15]	0,887
Отдельные признаки ПТСР (от 24 до 32 баллов)	12 (6,3)	30,5 [28,3; 31]	7 (9,5)	27 [26; 29]	0,068	4 (9,8)	26,5 [24; 29]	3 (9,1)	26 [24; 28]	0,711
Вероятно наличие ПТСР (от 33 до 38 баллов)	5 (2,6)	37 [33; 37]	6 (8,1)	35 [33; 36,5]	0,792	- (-)	- (-)	1 (3,0)	34 [34; 34]	-
Тяжелые проявления ПТСР (от 39 баллов)	25 (13,1)	44 [42; 51,5]	12 (16,2)	48 [43,3; 61,5]	0,215	6 (14,6)	44 [43,3; 52,3]	6 (18,2)	43 [41; 47]	0,511

Примечание: Md [Q1; Q3] – медиана [1 квартиль; 3 квартиль]. Полужирный шрифт – значимые различия.

Аналогично результатам выраженности психологического дистресса наличие признаков ПТСР чаще обнаруживалось у женщин, чем у мужчин. Даже в группе пациентов с нормотипичными результатами по шкале IES-R среди женщин с проблемным употреблением алкоголя отмечались значимо более высокие баллы, чем среди мужчин ($p \leq 0,05$). Наличие признаков ПТСР чаще наблюдалось у пациентов с проблемным употреблением других ПАВ, чем у пациентов с проблемным употреблением алкоголя. Чаще всего признаки тяжелых проявлений ПТСР обнаруживались у женщин с проблемным употреблением других ПАВ (18,2%), а реже – у мужчин с проблемным употреблением алкоголя (13,1%) (таблица 74).

Аддиктивные установки. Среди клинико-психологических факторов риска, влияющих на раннюю инициацию и первые пробы алкоголя и наркотиков, выделяют феномен преддиспозициональных аддиктивных установок, поддерживающих уверенность в нормотипичности потребления ПАВ и укрепляющих анозогнозию у пациентов с наркологическими расстройствами. Тест MGAA позволяет выявить выраженность аддиктогенного потенциала, подкрепляемого типичными и наиболее характерными для пациентов с проблемным употреблением ПАВ «патологическими мыслями» или «автоматическими представлениями», которые в дальнейшем могут быть скорректированы на психологических и психотерапевтических консультациях. Следует отметить, что часть пациентов (5,0%; 17 человек, 12 мужчин и 5 женщин) отказались отвечать на вопросы теста, аргументируя это тем, что вопросы MGAA являются провокационными, поэтому оценить выраженность рискованного употребления или злоупотребления ПАВ, основываясь на результатах теста, удалось у 322 пациентов (94,9% от общей выборки). Более подробный анализ выраженности аддиктивных установок у обследованных пациентов с учетом наркологического диагноза и гендерных различий представлен в таблице 76.

Таблица 76 - Оценка выраженности аддиктивных установок у обследованных пациентов с учетом наркологического диагноза и гендерных различий (n=322)

Выраженность аддиктивных установок (по тесту MGAA)	Проблемное употребление алкоголя, n=252				Проблемное употребление других ПАВ, n=70			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	n=182 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах	n=70 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах	n=38 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах	n=32 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах
Вредные последствия (от 42 до 109 баллов)	32 (17,6)	82 [72; 84]	10 (14,3)	82 [72; 83,5]	6 (15,8)	82 [74,5; 83,5]	6 (18,8)	82 [74,5; 83,5]
Зависимость от ПАВ (≥ 110 баллов)	150 (82,4)	135 [121; 158]	60 (85,7)	135 [121; 154]	32 (84,2)	153,5 [121; 162]	26 (81,3)	127 [119,3; 153,8]

Примечание: Md [Q1; Q3] – медиана [1 квартиль; 3 квартиль]

Выраженность аддиктивных установок, соответствующих зависимости от потребления ПАВ, была определена у большинства обследованных пациентов (суммарно 79,1% от общей выборки). Наиболее высокие баллы по тесту MGAA определялись у мужчин с зависимостью от других ПАВ, а наиболее низкие - у женщин с зависимостью от других ПАВ (таблица 76).

Частотно-количественные характеристики потребляемых психоактивных веществ, влияющие на злоупотребление алкоголем и наркотиками.

Употребление никотинсодержащих изделий. Отвечая на вопрос об употреблении никотинсодержащих изделий в течение жизни, треть пациентов (30,4%; 103 человека: 77 мужчин и 26 женщин) дали отрицательный ответ. Чуть большее число пациентов (38,9%; 132 человека: 98 мужчин и 34 женщины) ответили, что ни разу не употребляли никотинсодержащие изделия в течение последних 12 месяцев. Таким образом, 58,1% пациентов (207 человек: 134 мужчин и 73 женщины) употребляли никотинсодержащие изделия в течение последнего года. В последние 3 месяца 60,5% пациентов (197 человек от общей выборки: 129 мужчин и 68 женщин) с различной частотой (от нескольких раз в месяц до ежедневного использования) употребляли следующие виды никотинсодержащих изделий: традиционные сигареты курили 52,8% пациентов от общей выборки (179 человек: 116 мужчин и 63 женщины); электронные сигареты, вейпы, испарители и

т.д. – 2,9% (10 человек; 8 мужчин и 2 женщины); сигары, трубку или кальян – 1,8% (6 человек: 4 мужчин и 2 женщины) (таблица 77).

Таблица 77 - Оценка уровня риска, связанного с курением, у обследованных пациентов с учетом наркологического диагноза и гендерных различий (n=339)

Уровень риска (по тесту ASSIST)	Проблемное употребление алкоголя, n=265				Проблемное употребление других ПАВ, n=74			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	n=191 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=74 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=41 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=33 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах
Не курили в последние 3 месяца	84 (43,9)	*	27 (36,5)	*	14 (34,2)	*	9 (27,3)	*
Низкий риск (от 0 до 3 баллов)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	2 (4,9)	2,5 [2,3; 2,8]	1 (3,0)	3 [3; 3]
Умеренный риск (от 4 до 26 баллов)	107 (56,0)	15 [12; 18]	47 (63,5)	15 [12; 18]	25 (60,9)	16 [12; 18]	23 (69,7)	15 [12; 17,5]

Примечание: * - не применимо

Оценка уровня риска, связанного с курением, при использовании скринингового теста ASSIST показала крайне высокую распространенность курения с умеренным риском, характерную для большинства обследованных пациентов (от 56,0 до 69,7%). Самая низкая по выборке распространенность рискованного использования никотинсодержащих изделий была выявлена у мужчин с алкогольной зависимостью (в 56,0%), а самая высокая – у женщин с зависимостью от других ПАВ (в 69,7%). Значимых различий по общему баллу теста ASSIST между мужчинами и женщинами в группах по наркологическому диагнозу выявлено не было (таблица 77).

Употребление алкоголя. Из числа обследованных лиц с проблемным употреблением ПАВ 31 пациент отказался отвечать на блок вопросов, связанных с оценкой риска употребления алкоголя, из них 19 пациентов имели диагнозы F10.1 и F10.2 (МКБ-10) и 10 пациентов – диагнозы F11.1; F15.1; 19.1 и F11.2; F15.2; 19.2 (МКБ-10). Таким образом, с использованием скрининговых инструментов AUDIT-C и ASSIST анализировались данные 308 пациентов, из которых 93,5% (288 человек: 201 мужчина и 87 женщин) употребляли алкоголь в течение последних 12

месяцев, а 90,3% (278 человек; 195 мужчин и 83 женщины) употребляли алкоголь в течение последних 3 месяцев. С различной частотой (от нескольких раз в месяц до ежедневного использования) обследованные пациенты употребляли следующие виды спиртных напитков: крепкий алкоголь (водка, виски, коньяк) – 44,4% пациентов из числа употреблявших алкоголь в последние 12 месяцев (128 человек: 103 мужчин и 25 женщин); пиво – 29,2% (84 человека: 57 мужчин и 27 женщин); вина, включая игристые, – 8,7% (25 человек: 6 мужчин и 19 женщин); самогон и другие спиртные напитки кустарного производства – 3,1% (9 человек: 8 мужчин и 1 женщина); алкогольные коктейли – 4,1% (6 человек: 3 мужчин и 3 женщин); крепленые вина и ликеры – 0,7% (2 мужчин), не имели предпочтений в выборе алкогольных напитков или не указали наиболее часто употребляемый – 11,8% (34 человека: 22 мужчин и 12 женщин). Результаты оценки выраженности риска, связанного с употреблением алкоголя, у обследованных пациентов с учетом наркологического диагноза и гендерных различий, представлены в таблице 78.

Таблица 78 - Оценка уровня риска, связанного с употреблением алкоголя в последние 12 месяцев, по тесту AUDIT-C у пациентов с учетом наркологического диагноза и гендерных различий (n=308)

Уровень риска (по тесту AUDIT-C)	Проблемное употребление алкоголя, n=246				Проблемное употребление других ПАВ, n=62			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	n=182 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=64 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=33 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=29 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах
Не употребляли алкоголь в последние 12 месяцев	8 (4,4%)	*	5 (7,8%)	*	6 (18,2%)	*	1 (3,5%)	*
Рискованное употребление	13 (7,1%)	2 [2; 3]	8 (12,5%)	1,5 [1; 2]	9 (27,3%)	2 [1; 3]	8 (27,6%)	1 [1; 1,3]
Злоупотребление алкоголем	161 (88,5%)	10 [8; 12]	51 (79,7%)	9 [5; 10]	18 (54,6%)	5,5 [4,3; 7]	20 (68,9%)	7 [5,8; 11]

Примечание: * - неприменимо

Оценка уровня риска, связанного с употреблением алкоголя, при использовании скринингового теста AUDIT-C ожидаемо показала крайне высокую распространенность злоупотребления, характерного для большинства обследованных пациентов (81,2%). Самая низкая по выборке распространенность злоупотребления алкоголем была выявлена у мужчин с проблемным употреблением других ПАВ (в 54,6%) (таблица 78). Помимо теста AUDIT-C, для оценки выраженности клинически значимых симптомов злоупотребления алкоголем или зависимости от него использовался тест ASSIST. Более подробный анализ уровня риска, связанного с употреблением алкоголя в последние 3 месяца с учетом наркологического диагноза и гендерных различий представлен в таблице 79.

Таблица 79 - Оценка уровня риска, связанного с употреблением алкоголя в последние 3 месяца, по тесту ASSIST у пациентов с учетом наркологического диагноза и гендерных различий (n=308)

Уровень риска (по тесту ASSIST)	Проблемное употребление алкоголя, n=246				Проблемное употребление других ПАВ, n=62			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	n=182 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=64 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=33 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=29 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах
Не употребляли алкоголь в последние 3 месяца	12 (6,6%)	*	8 (12,5%)	*	8 (24,2%)	*	2 (6,9%)	*
Низкий риск злоупотребления (от 0 до 10 баллов)	5 (2,8%)	8 [5; 9]	9 (14,1%)	6 [5; 7]	6 (18,2%)	2 [2; 4,3]	13 (44,8%)	3 [2; 5]
Умеренный риск злоупотребления (от 11 до 26 баллов)	71 (39,0%)	23 [15,5; 24,5]	22 (34,4%)	19,5 [16,3; 22]	12 (36,4%)	22,5 [18,8; 25]	7 (24,1%)	22 [16,5; 24]
Высокий риск злоупотребления (27 баллов и более)	94 (51,7%)	31 [28; 33]	25 (39,1%)	31 [29; 33]	7 (21,2%)	28 [27,5; 29,5]	7 (24,1%)	31 [29; 32]

Примечание: * - неприменимо

Сравнительная оценка уровня риска, связанного с употреблением алкоголя, среди обследованных пациентов при использовании скрининговых тестов AUDIT-C и ASSIST показала, что: (1) использование теста ASSIST позволило более четко дифференцировать группу пациентов со злоупотреблением алкоголем (по тесту AUDIT-C; $n=250$) на группы с умеренным (по тесту ASSIST; $n=112$) и высоким риском злоупотребления (по тесту ASSIST; $n=133$); 2) по результатам теста ASSIST была определена группа женщин с зависимостью от других ПАВ с низким уровнем риска употребления алкоголя (44,8%; $n=13$), которая преобладала и не была идентифицирована при проведении теста AUDIT-C (таблицы 79 и 80).

Таблица 80 - Сравнительный анализ результатов тестов AUDIT-C и ASSIST у пациентов с учетом наркологического диагноза и гендерных различий ($n=308$)

Общий балл	Проблемное употребление алкоголя, $n=246$		p	Проблемное употребление других ПАВ, $n=62$		p
	мужчины, $n=182$ (%)	женщины, $n=64$ (%)		мужчины, $n=33$ (%)	женщины, $n=29$ (%)	
по тесту AUDIT-C Md [Q1; Q3] в баллах	9 [6;11]	5 [1;10]	<0,000	3 [0; 5]	4 [1;8]	0,056
по тесту ASSIST Md [Q1; Q3] в баллах	26 [18; 31]	20 [5; 29]	0,001	9 [0; 25]	7 [2; 25]	0,523

Примечание: Md [Q1; Q3] – медиана [1-й квартиль; 3-й квартиль], полужирный шрифт – значимые различия

По общему баллу теста AUDIT-C были выявлены значимые различия в зависимости от пола: более высокие баллы наблюдались у мужчин с проблемным употреблением алкоголя ($p \leq 0,001$) и, на уровне тенденции к значимым различиям, у женщин с проблемным употреблением других ПАВ ($p=0,056$). По общему баллу теста ASSIST были выявлены значимые различия в зависимости от пола в группе пациентов с проблемным употреблением алкоголя: как и по результатам теста AUDIT-C, более высокие баллы наблюдались среди мужчин ($p \leq 0,001$) (таблица 80).

Выборочно с целью выявления (идентификации) систематического приема алкоголя проводилось определение CDT. Более подробный анализ уровня риска, связанного со злоупотреблением алкоголя, с определением концентрации CDT с учетом наркологического диагноза и гендерных различий представлен в таблице 81.

Таблица 81 - Данные по содержанию CDT в сыворотке крови у пациентов с учетом наркологического диагноза и гендерных различий (n=339)

Процентное содержание CDT в сыворотке крови и значение показателя	Проблемное употребление алкоголя, n=265		Проблемное употребление других ПАВ, n=74	
	мужчины n=191 (%)	женщины n=74 (%)	мужчины n=41 (%)	женщины n=33 (%)
диагностика не проводилась (n=171)	80 (41,9%)	31 (41,9%)	35 (85,4%)	25 (75,8%)
0,8-1,2% - нерегулярное употребление алкоголя в незначительных количествах (n=71)	40 (20,9%)	24 (32,4%)	3 (7,3%)	4 (12,1%)
1,3–1,6% - «серая зона», требуются проведение повторного исследования (n=15)	10 (5,2%)	4 (5,4%)	-	1 (3,0%)
1,7-5,9% - злоупотребление алкоголем (n=65)	48 (25,1%)	12 (16,2%)	2 (4,9%)	3 (9,1%)
≥6%— алкогольная зависимость (n=17)	14 (7,3%)	3 (4,1%)	1 (2,4%)	-

Обследование с использованием метода CDT прошли чуть менее половины пациентов (49,6%; 168 человек), преимущественно с проблемным употреблением алкоголя (45,4% или 154 человека от общей выборки), реже – с проблемным употреблением других ПАВ (4,1% или 14 человек от общей выборки). Без учета результатов «серой зоны», для 20,9% обследованных пациентов были получены данные, свидетельствующие о нерегулярном употреблении алкоголя и/или об употреблении в незначительных количествах. Однако эти результаты могут объясняться тем, что содержание CDT в сыворотке крови пациентов определялось через продолжительное время после последнего употребления алкоголя, когда значение показателя снижалось до нормы. Тем не менее, у 24,2% обследованных пациентов было определено повышение значений CDT, которое обычно наблюдается у лиц, длительно систематически и/или чрезмерно злоупотребляющих алкоголем (таблица 81). По показателю CDT были выявлены значимые различия в зависимости от пола в группе пациентов с алкогольной зависимостью: более высокие баллы наблюдались у мужчин ($p \leq 0,01$).

Употребление седативных и снотворных препаратов. При лечении абстинентного синдрома (синдрома отмены) и синдрома зависимости от ПАВ в соответствии со стандартами лечения используются ССП, однако часть

обследованных пациентов с проблемным употреблением алкоголя и наркотиков принимали их без назначения врача. ССП без назначения врача принимали хотя бы раз в жизни 52,2% обследованных пациентов (178 человек: 114 мужчин и 64 женщины), 28,0% (95 человек: 60 мужчин и 35 женщин) употребляли их в последние 12 месяцев. В последние 3 месяца употребляли ССП без назначения врача 13,6% пациентов (46 человек: 29 мужчин и 17 женщин). С различной частотой без назначения врача пациенты использовали феназепам, диазепам и прегабалин. Более подробный анализ уровня риска, связанного с употреблением алкоголя в последние 3 месяца, с учетом наркологического диагноза и гендерных различий представлен в таблице 82.

Таблица 82 - Оценка уровня риска, связанного с употреблением седативных и снотворных препаратов в последние 3 месяца, по тесту ASSIST у пациентов с учетом наркологического диагноза и гендерных различий (n=339)

Уровень риска (по тесту ASSIST)	Проблемное употребление алкоголя, n=265				Проблемное употребление других ПАВ, n=74			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	n=191 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах	n=74 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах	n=41 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах	n=33 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах
Не употребляли ССП в последние 3 месяца	97 (50,8%)	*	33 (44,6%)	*	20 (48,8%)	*	12 (36,4%)	*
Низкий риск злоупотребления ССП (от 0 до 3 баллов)	73 (38,2%)	0 [0; 0]	30 (40,5%)	0 [0; 0]	12 (29,3%)	0 [0; 0]	13 (39,4%)	0 [0; 0]
Умеренный риск злоупотребления ССП (от 4 до 26 баллов)	18 (9,4%)	11,5 [9,3; 14]	11 (14,9%)	9 [6; 15,5]	7 (17,1%)	20 [10; 21,5]	8 (24,2%)	19 [11,3; 20,3]
Высокий риск злоупотребления ССП (27 баллов и более)	3 (1,6%)	30 [28,5; 30]	- (-)	- (-)	2 (4,9%)	27,5 [27,3; 27,8]	- (-)	- (-)

Примечание: ССП – седативные и снотворные препараты; * - не применимо

В группу пациентов с отсутствием риска злоупотребления ССП были определены 47,8% пациентов (162 человека): 1) не употреблявших препараты никогда в жизни 47,2% (160 пациентов: 117 мужчин и 43 женщины) или 2) не употреблявших ССП в течение последних 12 месяцев – 0,6% (2 женщины). В группу пациентов с низким риском употребления ССП попали 128 пациентов (85 мужчин и 43 женщины), которые употребляли препараты (чаще всего - феназепам) в течение последних 12 месяцев, но не в последние 3 месяца. В группе высокого риска злоупотребления ССП находились только мужчины с проблемным употреблением алкоголя и других ПАВ. Женщины с проблемным употреблением алкоголя и других ПАВ чаще мужчин употребляли ССП с умеренным риском. Значимых различий по общему баллу теста ASSIST в отношении употребления седативных и снотворных препаратов между мужчинами и женщинами в группах по наркологическому диагнозу выявлено не было.

Употребление наркотиков. На вопрос об употреблении наркотиков хотя бы один раз в течение жизни 35,9% пациентов (122 человека от общей выборки: 83 мужчины и 39 женщин) ответили положительно. Большая часть из них - 25,7% (87 человек: 60 мужчин и 27 женщин) - отметили опыт употребления каннабиноидов; 4,7% (16 человек: 10 мужчин и 6 женщин) – опиоидов; 3,8% (13 человек: 8 мужчин и 5 женщин) - стимуляторов; 0,6% (2 мужчин) – галлюциногенов. За последние 12 месяцев хотя бы один раз употребляли наркотики 18,6% пациентов (63 человека: 37 мужчин и 26 женщин). За последние 3 месяца хотя бы один раз употребляли наркотики 15,0% (51 человек: 30 мужчин и 21 женщина). Обращает на себя внимание тот факт, что из 74 пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением ПАВ, более трети - 35,1% (26 человек: 14 мужчин и 12 женщин) - отказались отвечать на блок вопросов, связанных с оценкой риска употребления наркотиков. Таким образом, оценка уровня риска, связанного с употреблением наркотиков в последние 3 месяца, по тесту ASSIST проводилась на выборке из 313 человек (таблица 83).

Таблица 83 - Оценка уровня риска, связанного с употреблением наркотиков в последние 3 месяца, по тесту ASSIST у пациентов с учетом наркологического диагноза и гендерных различий (n=313)

Уровень риска (по тесту ASSIST)	Проблемное употребление алкоголя, n=265				Проблемное употребление Других ПАВ, n=48			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	n=191 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах	n=74 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах	n=27 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах	n=21 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах
Не употребляли наркотики в последние 3 месяца	180 (94,2%)	*	71 (95,9%)	*	8 (29,6%)	*	2 (9,5%)	*
Низкий риск злоупотребления (от 0 до 3 баллов)	1 (0,5%)	2 [2; 2]	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)
Умеренный риск злоупотребления (от 4 до 26 баллов)	7 (3,7%)	15 [11,5; 19]	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	4 (19,1%)	17 [12,5; 20,3]
Высокий риск злоупотребления (27 баллов и более)	3 (1,6%)	30 [29; 37,5]	3 (4,1%)	38 [37,5; 41,5]	18 (66,7%)	36 [31,3; 39,5]	15 (71,4%)	34 [30,5; 39,5]

Примечание: * - неприменимо

Полученные результаты показывают, что большинство пациентов (94,7%), злоупотребляющих алкоголем, не употребляли наркотики в течение последних трех месяцев. Однако 2,3% пациентов с проблемным употреблением алкоголя имели высокий риск злоупотребления наркотиками, что указывает на наличие возможного сочетанного употребления данных видов ПАВ. Подавляющее большинство лиц с проблемным употреблением других ПАВ были отнесены к группе высокого риска. Значимых различий по общему баллу теста ASSIST в отношении употребления наркотических веществ между мужчинами и женщинами в группах по наркологическому диагнозу выявлено не было (Фадеева Е.В., 2024г).

Результаты корреляционного анализа предикторов курения, злоупотребления алкоголем, седативными и снотворными препаратами и наркотиками в группе пациентов с проблемным употреблением ПАВ. Анализ проводился при помощи непараметрического критерия Спирмена для выявления взаимосвязей между социально-демографическими и клинико-психологическими предикторами злоупотребления ПАВ у пациентов с учетом наркологического диагноза и гендерных различий. Для проведения анализа предикторов, влияющих на злоупотребление ПАВ, так же, как и в предыдущем разделе, выборка терапевтических и реабилитационных вмешательств была разделена на четыре группы: 1) мужчины с проблемным употреблением алкоголя (n=191); 2) женщины с проблемным употреблением алкоголя (n=74); 3) мужчины с проблемным употреблением других ПАВ (n=41); 4) женщины с проблемным употреблением других ПАВ (n=33).

Корреляционный анализ предикторов злоупотребления ПАВ среди пациентов с проблемным употреблением алкоголя. В группе пациентов мужского пола с проблемным употреблением алкоголя анализ показал большое число взаимосвязей между предикторами курения и злоупотребления алкоголем с рядом социально-демографических и клинико-психологических факторов (рисунок 14).

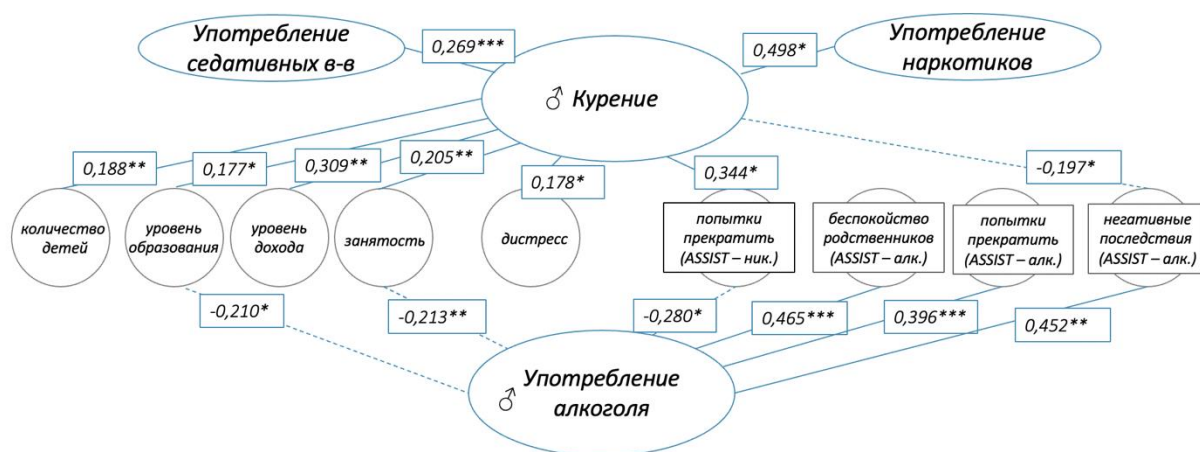


Рисунок 14 - Корреляционные плеяды, отражающие связи курения и употребления алкоголя с социально-демографическими и клинико-психологическими факторами уязвимости, в группе мужчин с проблемным употреблением алкоголя

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$; ** – уровень значимости $p \leq 0,01$; *** – уровень значимости $p \leq 0,001$; сплошная линии – прямая связь; пунктирная линия – обратная связь

В обследованной выборке пациентов мужского пола были обнаружены значимые взаимосвязи между злоупотреблением никотинсодержащей продукцией и употреблением ССП ($r=0,269$; $p \leq 0,001$), а также наркотиков ($r=0,498$; $p \leq 0,05$). При этом курение не было достоверно связано со злоупотреблением алкоголем. Среди социально-демографических факторов риска были обнаружены связи между курением и бóльшим количеством детей ($r=0,188$; $p \leq 0,01$), более высокими уровнями занятости ($r=0,205$; $p \leq 0,01$), образования ($r=0,177$; $p \leq 0,05$) и дохода ($r=0,309$; $p \leq 0,01$). Что показательно, между уровнями образования и занятости и злоупотреблением алкоголем также были обнаружены связи, но отрицательные ($r = -0,210$; $p \leq 0,05$ для уровня образования и $r = -0,213$; $p \leq 0,01$ для занятости). Среди клинико-психологических факторов злоупотребления никотином у мужчин была обнаружена взаимосвязь с высоким уровнем психологического дистресса ($r=0,178$; $p \leq 0,05$). Из клинических признаков зависимости была получена связь между злоупотреблением никотинсодержащей продукцией и бóльшим числом неудачных попыток отказа от курения ($r=0,344$; $p \leq 0,05$), а также с отсутствием негативных последствий употребления алкоголя ($r = -0,197$; $p \leq 0,05$). Среди взаимосвязей клинических признаков злоупотребления алкоголем можно отметить наличие:

отрицательной связи с малым количеством попыток отказаться от курения ($r = -0,280$; $p \leq 0,05$), озабоченностью родственников мужчин их употреблением алкоголя ($r = 0,465$; $p \leq 0,001$), попытками прекратить потребление алкоголя ($r = 0,396$; $p \leq 0,001$) и негативными последствиями потребления ($r = 0,452$; $p \leq 0,01$).

Среди женщин с проблемным употреблением алкоголя были обнаружены несколько иные взаимосвязи. Между социально-демографическими факторами риска и курением была обнаружена единственная связь – с возрастом: чем старше была женщина, тем более резко проявлялась зависимость от никотина ($r = 0,280$; $p \leq 0,05$). Также единственная связь была обнаружена с клиническим признаком злоупотребления – влечением к потреблению никотинсодержащей продукции ($r = 0,570$; $p \leq 0,001$). Среди клинко-психологических факторов риска и злоупотреблением никотинсодержащей продукцией у женщин с проблемным употреблением алкоголя были обнаружены связи с одним из показателей шкалы IES-R (гипервозбудимостью) ($r = 0,267$; $p \leq 0,05$) и психологическим дистрессом ($r = 0,377$; $p \leq 0,001$) (рисунок 15).

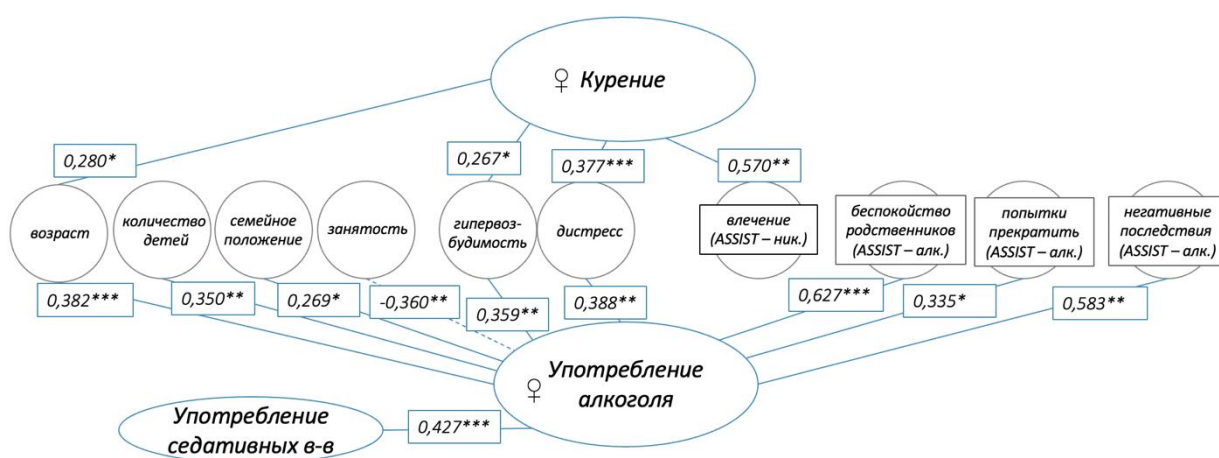


Рисунок 15 - Корреляционные плеяды, отражающие связи курения и употребления алкоголя с социально-демографическими и клинко-психологическими факторами уязвимости, в группе женщин с проблемным употреблением алкоголя

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$; ** – уровень значимости $p \leq 0,01$; *** – уровень значимости $p \leq 0,001$; сплошная линии – прямая связь; пунктирная линия – обратная связь

Среди значимых факторов риска, взаимосвязанных со злоупотреблением алкоголем, было получено большее число значимых взаимосвязей. Из социально-демографических факторов риска можно отметить наличие связи с более старшим

возрастом женщины ($r=0,382$; $p\leq 0,001$), бóльшим числом детей ($r=0,350$; $p\leq 0,01$), замужеством ($r=0,269$; $p\leq 0,05$) и отсутствием профессиональной занятости ($r= -0,360$; $p\leq 0,01$). Как и при злоупотреблении никотидосодержащими изделиями, для проблемного употребления алкоголя были выявлены связи с гипертоничностью ($r=0,359$; $p\leq 0,01$) и признаками психологического дистресса ($r=0,388$; $p\leq 0,01$). Среди клинических признаков определялись связи с беспокойством родственников из-за злоупотребления женщиной алкоголем ($r=0,627$; $p\leq 0,001$), попытками прекратить его употребление ($r=0,335$; $p\leq 0,05$) и наличием негативных последствий его употребления ($r=0,583$; $p\leq 0,01$).

Корреляционный анализ предикторов злоупотребления ПАВ среди пациентов с проблемным употреблением других ПАВ. Для пациентов мужского пола с проблемным употреблением ПАВ были получены значимые взаимосвязи между курением и злоупотреблением алкоголем ($r=0,455$; $p\leq 0,01$), а также ССП ($r=0,438$; $p\leq 0,01$), что указывает на высокую вероятность злоупотребления или зависимости от нескольких видов ПАВ (рисунок 16).

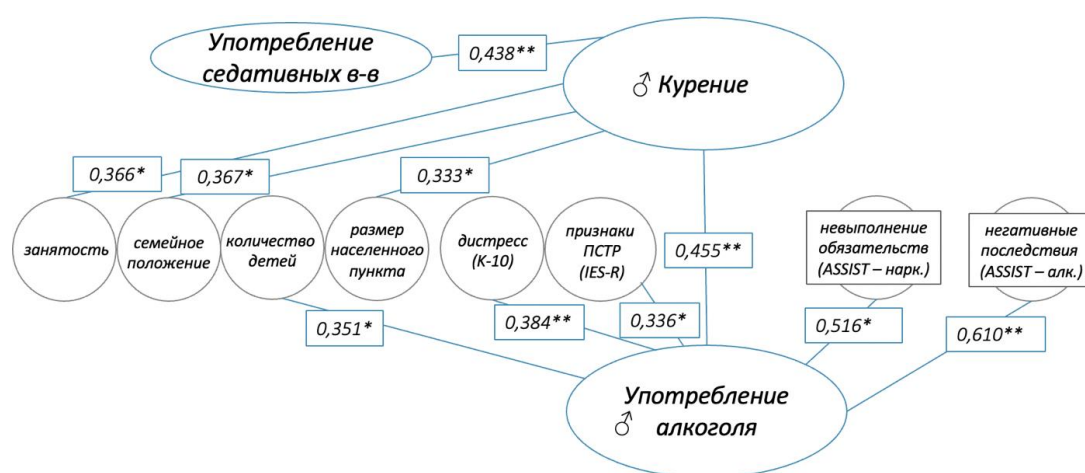


Рисунок 16 - Корреляционные плеяды, отражающие связи курения и употребления алкоголя с социально-демографическими и клиничко-психологическими факторами уязвимости, в группе мужчин с проблемным употреблением других ПАВ

Примечание: * – уровень значимости $p\leq 0,05$; ** – уровень значимости $p\leq 0,01$; *** – уровень значимости $p\leq 0,001$; сплошная линия – прямая связь; пунктирная линия – обратная связь

Из социально-демографических факторов риска у мужчин с проблемным употреблением других ПАВ были получены, данные указывающие на наличие взаимосвязи между курением и трудовой занятостью ($r=0,366$; $p\leq 0,05$), брачными

или партнерскими отношениями ($r=0,367$; $p\leq 0,05$) и проживанием в крупном населенном пункте ($r=0,333$; $p\leq 0,05$). Взаимосвязей с признаками психоэмоционального неблагополучия и клиническими признаками злоупотребления никотином и алкоголем у курящих мужчин, имевших проблемы с употреблением наркотиков, обнаружено не было.

Значимыми факторами риска злоупотребления алкоголем являлось большое количество детей ($r=0,351$; $p\leq 0,05$), клинико-психологические предикторы психоэмоционального неблагополучия – дистресс ($r=0,384$; $p\leq 0,01$) и наличие психотравмирующего опыта ($r=0,336$; $p\leq 0,05$), а также клинические признаки злоупотребления алкоголем – невыполнение обязательств ($r=0,516$; $p\leq 0,05$) и негативные последствия, связанные с его употреблением ($r=0,610$; $p\leq 0,01$) (рис. 18).

Наибольшее число значимых взаимосвязей было определено у мужчин с проблемным употреблением других ПАВ при анализе предикторов злоупотребления ССП и злоупотреблением наркотиками (рис. 17).

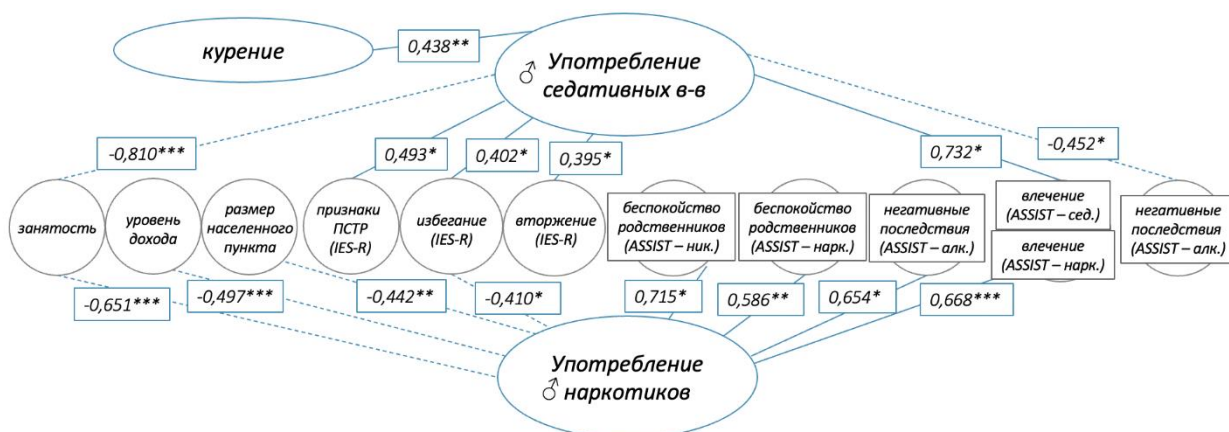


Рисунок 17 - Корреляционные плеяды, отражающие связи употребления ССП и наркотиков с социально-демографическими и клинико-психологическими факторами уязвимости в группе мужчин с проблемным употреблением других ПАВ

Примечание: * – уровень значимости $p\leq 0,05$; ** – уровень значимости $p\leq 0,01$; *** – уровень значимости $p\leq 0,001$; сплошная линия – прямая связь; пунктирная линия – обратная связь

Употребление ССП, как уже отмечалось, было взаимосвязано с курением ($r=0,438$; $p\leq 0,01$). Также были обнаружены отрицательные связи с отсутствием трудовой занятости ($r= - 0,810$; $p\leq 0,001$) и отсутствием негативных последствий употребления ССП ($r= - 0,452$; $p\leq 0,05$) при наличии влечения к их употреблению

($r=0,732$; $p\leq 0,05$). Из клинико-психологических характеристик влияли на злоупотребление ССП наличие общих признаков ПТСР ($r=0,493$; $p\leq 0,05$), а также отдельных его составляющих: избегание в качестве стратегии совладания с воспоминаниями о травматичном опыте ($r=0,402$; $p\leq 0,05$) и наличие признаков вторжения мыслей о травматичном событии ($r=0,395$; $p\leq 0,05$).

Большое число предикторов усугубляло злоупотребление наркотиками. Среди социально-демографических факторов риска можно указать отсутствие занятости ($r = -0,651$; $p\leq 0,001$), низкий уровень дохода ($r = -0,497$; $p\leq 0,001$) и малый размер населенного пункта, в котором проживает мужчина с проблемным употреблением других видов ПАВ ($r = -0,442$; $p\leq 0,01$). Из признаков психоэмоционального неблагополучия можно отметить только отсутствие стратегии избегания воспоминаний о травматичном жизненном опыте ($r = -0,410$; $p\leq 0,05$), что в целом не характерно для лиц, переживших ПТСР. Также можно отметить ряд клинических признаков злоупотребления различными видами ПАВ: беспокойство родственников употреблением никотина ($r=0,715$; $p\leq 0,05$) и наркотиков ($r=0,586$; $p\leq 0,01$), наличие негативных последствий, связанных с употреблением алкоголя ($r=0,654$; $p\leq 0,05$), влечение к продолжению употребления наркотиков ($r=0,668$; $p\leq 0,001$).

Корреляционный анализ предикторов курения и злоупотребления алкоголем среди женщин с проблемным употреблением других ПАВ показал несколько иную экспозицию факторов риска (рисунок 18).

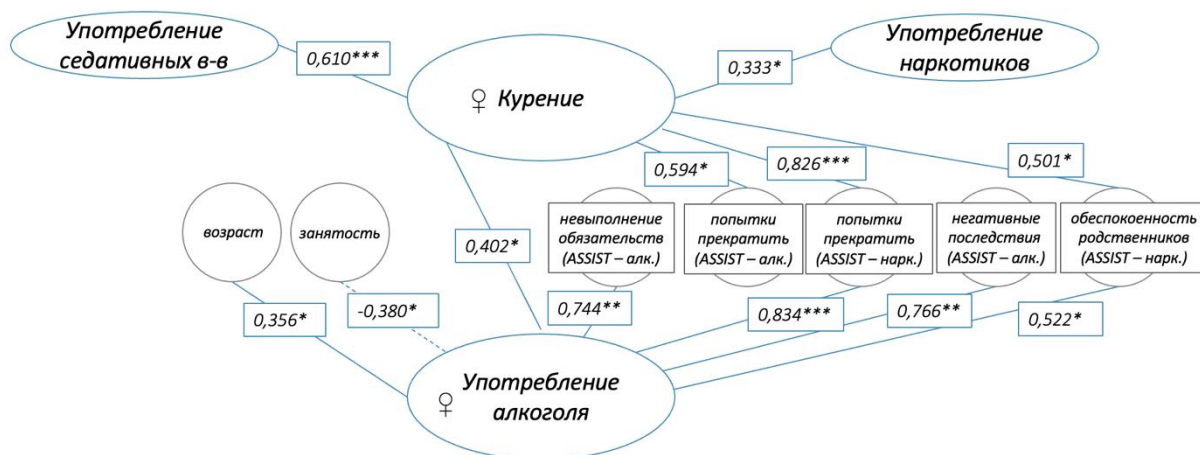


Рисунок 18 - Корреляционные плеяды, отражающие связи курения и употребления алкоголя с социально-демографическими и клиничко-психологическими факторами уязвимости в группе женщин с проблемным употреблением других ПАВ

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$; ** – уровень значимости $p \leq 0,01$; *** – уровень значимости $p \leq 0,001$; сплошная линия – прямая связь; пунктирная линия – обратная связь

Для женщин с проблемным употреблением других ПАВ, как и для мужчин с аналогичными наркологическими расстройствами, были характерны взаимосвязи между курением и злоупотреблением алкоголем ($r=0,402$; $p \leq 0,05$), седативными и снотворными препаратами ($r=0,610$; $p \leq 0,001$) и наркотиками ($r=0,333$; $p \leq 0,05$). Кроме того, у курящих женщин с проблемным употреблением других ПАВ были определены клиничски значимые попытки прекратить употребление алкоголя ($r=0,594$; $p \leq 0,05$) и наркотиков ($r=0,826$; $p \leq 0,001$), а также обеспокоенность родственников женщины ее употреблением наркотиков ($r=0,501$; $p \leq 0,05$). Для женщин с сочетанным проблемным употреблением алкоголя и других ПАВ были определены социально-демографические факторы риска – более старший возраст ($r=0,356$; $p \leq 0,05$) и отсутствие профессиональной занятости ($r = -0,308$; $p \leq 0,05$), а также плеяда клиничских предикторов ухудшения их наркологического статуса: 1) невыполнение обязательств из-за проблемного употребления алкоголя ($r=0,744$; $p \leq 0,01$); 2) наличие негативных последствий, связанных с употреблением алкоголя ($r=0,766$; $p \leq 0,01$); 3) попытки прекратить употребление наркотиков ($r=0,834$; $p \leq 0,001$); 4) обеспокоенность родственников из-за употребления женщиной наркотиков ($r=0,522$; $p \leq 0,05$) (рисунок 18).

Дополнительные факторы риска усугубления клинических проявлений, характерных для женщин с проблемным употреблением других ПАВ, были обнаружены при анализе факторов риска, связанных с употреблением седативных и снотворных препаратов (рисунок 19).

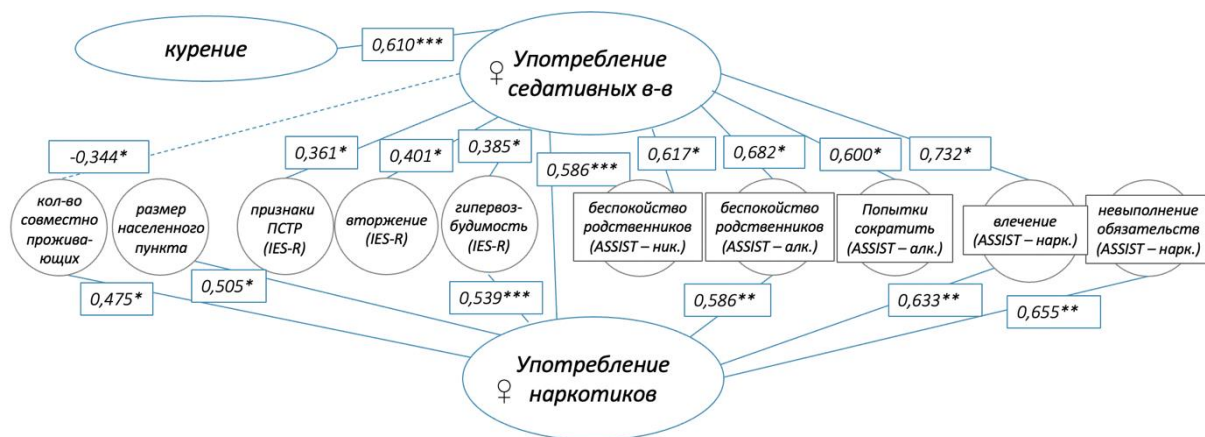


Рисунок 19 - Корреляционные плеяды, отражающие связи употребления седативных препаратов и наркотиков с социально-демографическими и клинико-психологическими факторами уязвимости в группе женщин с проблемным употреблением других ПАВ

Примечание: * – уровень значимости $p \leq 0,05$; ** – уровень значимости $p \leq 0,01$; *** – уровень значимости $p \leq 0,001$; сплошная линия – прямая связь; пунктирная линия – обратная связь

Как уже было отмечено, употребление ССП женщинами с проблемным употреблением других ПАВ было связано с курением ($r=0,610$; $p \leq 0,001$) и употреблением наркотиков ($r=0,586$; $p \leq 0,001$). Из социально-демографических факторов риска оказывал влияние на злоупотребление ССП только предиктор малого количества совместно проживающих с женщиной членов семьи ($r = -0,344$; $p \leq 0,05$). При этом среди клинико-психологических предикторов злоупотребления ССП женщинами с проблемным употреблением других ПАВ можно отметить: наличие общих признаков ПТСР ($r=0,361$; $p \leq 0,05$) и отдельных его проявлений – гиперактивности ($r=0,385$; $p \leq 0,05$) и вторжения мыслей о пережитом травматичном событии ($r=0,401$; $p \leq 0,05$). Из клинических факторов риска отмечались: беспокойство родственников женщины ее употреблением алкоголя ($r=0,682$; $p \leq 0,05$) и наркотиков ($r=0,617$; $p \leq 0,05$); попытки прекратить употребление алкоголя ($r=0,600$; $p \leq 0,05$) и влечение к продолжению потребления наркотиков ($r=0,732$; $p \leq 0,05$).

Непосредственно на увеличение риска злоупотребления другими ПАВ оказывали влияние больший размер населенного пункта, в котором проживала женщина ($r=0,505$; $p\leq 0,05$), и большее число совместно проживающих членов семьи ($r=0,475$; $p\leq 0,05$). Из психоэмоциональных нарушений с проблемным употреблением наркотиков была взаимосвязана гипервозбудимость как составляющая ПТСР ($r=0,539$; $p\leq 0,001$). Из клинических проявлений злоупотребления наркотиками для женщин с их проблемным употреблением были обнаружены связи с беспокойством родственников женщин их употреблением алкоголя ($r=0,586$; $p\leq 0,01$), влечение к употреблению наркотиков ($r=0,633$; $p\leq 0,01$) и невыполнение обязательств из-за их употребления ($r=0,655$; $p\leq 0,01$).

Результаты факторного анализа предикторов курения и злоупотребления алкоголем в группе пациентов с проблемным употреблением ПАВ. Для более подробного анализа социально-демографических и клинико-психологических факторов риска формирования зависимого поведения у пациентов с проблемным употреблением алкоголя и других ПАВ в группах терапевтических и реабилитационных профилактических вмешательств проводился факторный анализ переменных с учетом гендерных различий. Нагрузки, дисперсии, названия факторов и переменные, вошедшие в факторы, отражены в таблицах 84 и 85. Представлены модели с наибольшим процентом объясненной совокупной дисперсии.

Факторный анализ предикторов злоупотребления ПАВ среди пациентов с проблемным употреблением алкоголя. Факторизация обобщенных переменных позволила выделить структуру факторов, влияющих на риск формирования зависимости от алкоголя у пациентов с его проблемным употреблением. В результате факторного анализа у пациентов с проблемным употреблением алкоголя мужского и женского пола было выделено по 5 факторов. Для мужчин суммарная дисперсия составила 73,1%, для женщин – 73,5%. Факторная модель представлена в таблице 84.

Таблица 84 - Результаты факторного анализа параметров, влияющих на злоупотребление алкоголем, в группах пациентов мужского и женского пола (n=265)

Мужчины, n=191 Суммарная дисперсия 73,1%		Женщины, n=74 Суммарная дисперсия 73,5%	
Факторные нагрузки	Переменные фактора	Факторные нагрузки	Переменные фактора
Фактор психоэмоционального состояния F ₁ (24,6%)		Фактор посттравматического состояния и образования F ₁ (24,5%)	
0,959	Вторжение (шкала IES-R)	0,933	Гипервозбудимость (шкала IES-R)
0,953	Гипервозбудимость (шкала IES-R)	0,866	Вторжение (шкала IES-R)
0,917	Избегание (шкала IES-R)	0,859	Избегание (шкала IES-R)
0,684	Дистресс (шкала K-10)	0,692	Уровень образования
Фактор социально-экономического благополучия F ₂ (13,8%)		Фактор клинических и психосоциальных предикторов зависимости от алкоголя F ₂ (14,1%)	
0,759	Занятость	0,861	Безуспешные попытки сократить употребление алкоголя (тест ASSIST)
0,740	Уровень образования	0,818	Обеспокоенность родственников употреблением алкоголя (тест ASSIST)
0,721	Уровень дохода		
Фактор клинических и психосоциальных предикторов зависимости от алкоголя F ₃ (13,6%)		Социально-демографический фактор F ₃ (13,0%)	
0,889	Безуспешные попытки сократить употребление алкоголя (тест ASSIST)	0,834	Уровень дохода
0,846	Обеспокоенность родственников употреблением алкоголя (тест ASSIST)	0,621	Количество детей
Фактор малой социальной группы F ₄ (10,6%)		Фактор низкого уровня урбанизации и возраста F ₄ (11,9%)	
0,843	Возраст	-0,829	Размер населенного пункта
0,688	Количество детей	0,615	Возраст
Фактор семейного положения и урбанизации F ₅ (10,5%)		Фактор малой социальной группы F ₅ (10,0%)	
0,800	Семейное положение	-0,863	Уровень образования
0,660	Размер населенного пункта	0,615	Семейное положение

1) Первый фактор (F_1) включал переменные ПТСР (шкала IES-R) для обеих групп (избегание мыслей о травматическом событии, вторжение подобных мыслей, гипервозбудимость). Для пациентов мужского пола на первый план выходила переменная вторжения мыслей о травматическом событии (факторная нагрузка = 0,959), для пациентов женского пола – гипервозбудимость (факторная нагрузка = 0,933). Для мужчин данный фактор также включал переменную психологического дистресса (факторная нагрузка = 0,684). Примечательно, что для женщин более высокие показатели переживания ПТСР были объединены с более высоким уровнем образования (факторная нагрузка = 0,692).

2) Второй фактор (F_2) «Фактор социально-экономического благополучия» для мужчин включал более высокий уровень занятости (факторная нагрузка = 0,759), образования (факторная нагрузка = 0,740) и дохода (факторная нагрузка = 0,721). Для женщин второй фактор «Фактор клинических и психосоциальных предикторов зависимости от алкоголя» был обусловлен безуспешными попытками сократить его употребление (факторная нагрузка = 0,861) и обеспокоенностью родственников женщины ее употреблением алкоголя (факторная нагрузка = 0,818).

3) Третий фактор (F_3) для мужчин был представлен теми же переменными клинических и психосоциальных предикторов зависимости от алкоголя, как для пациентов женского пола Второй фактор (F_2), однако с меньшим числом дисперсии: безуспешные попытки сократить потребление алкоголя (факторная нагрузка = 0,889), обеспокоенность родственников употреблением алкоголя (факторная нагрузка = 0,846). Для женщин третий фактор (F_3) был определен как «Социально-демографический фактор» и включал более высокий уровень дохода (факторная нагрузка = 0,834) и большее количество детей (факторная нагрузка = 0,688).

4) Четвертый фактор (F_4) для пациентов мужского пола объединял показатели более старшего возраста (факторная нагрузка = 0,843) и большего количества детей (факторная нагрузка = 0,688) и был обозначен как «Фактор малой социальной группы». Для пациентов женского пола четвертый фактор также был определен

более старшим возрастом (факторная нагрузка = 0,615) при проживании в населенном пункте меньшего размера (факторная нагрузка = - 0,863).

5) Пятый фактор (F_5) у пациентов обоего пола с проблемным употреблением алкоголя был обусловлен более благополучным семейным положением (среди мужчин факторная нагрузка = 0,800; среди женщин факторная нагрузка = 0,615), для мужчин – при проживании в более крупном населенном пункте (факторная нагрузка = 0,660) и для женщин – при более низком уровне образования (факторная нагрузка = - 0,863).

Факторный анализ предикторов злоупотребления ПАВ среди пациентов с проблемным употреблением других ПАВ. Факторизация обобщенных переменных позволила выделить структуру факторов, влияющих на риск формирования зависимости от ПАВ у пациентов с их проблемным употреблением. Анализ не включал результаты теста ASSIST в отношении употребления наркотиков, поскольку данные показатели снижали качество факторной модели. В результате факторного анализа было выделено 4 фактора, влияющих на злоупотребление другими ПАВ, у пациентов мужского пола и 3 фактора – у пациентов женского пола с проблемным употреблением других ПАВ. Для мужчин суммарная дисперсия составила 77,7%, для женщин – 73,1% (таблица 85).

Таблица 85 - Результаты факторного анализа параметров, влияющих на употребление наркотиков, в группах пациентов мужского и женского пола (n=74)

Мужчины, n=41 Суммарная дисперсия 77,7%		Женщины, n=33 Суммарная дисперсия 73,1%	
Факторные нагрузки	Переменные фактора	Факторные нагрузки	Переменные фактора
Фактор психоэмоционального состояния F ₁ (34,2%)		Фактор посттравматического состояния и молодого возраста F ₁ (34,2%)	
0,944	Гипервозбудимость (шкала IES-R)	0,927	Избегание (шкала IES-R)
0,922	Избегание (шкала IES-R)	0,893	Гипервозбудимость (шкала IES-R)
0,901	Вторжение (шкала IES-R)	0,842	Вторжение (шкала IES-R)
0,832	Дистресс (шкала К-10)	-0,774	Возраст
Фактор более молодого возраста, негативных последствий употребления алкоголя и уровня образования F ₂ (14,9%)		Фактор социально-демографических и психосоциальных показателей F ₂ (22,7%)	
-0,699	Возраст	0,836	Размер населенного пункта
0,695	Негативные последствия из-за употребления алкоголя (тест ASSIST)	-0,827	Семейное положение
0,665	Уровень образования	0,540	Уровень образования
		-0,534	Обеспокоенность родственников употреблением алкоголя (тест ASSIST)
		0,531	Дистресс (шкала К-10)
Фактор малой социальной группы F ₃ (14,6%)		Фактор безработицы F ₃ (16,2%)	
0,835	Количество совместно проживающих членов семьи	-0,947	Занятость
0,826	Семейное положение		
Фактор психосоциальных последствий зависимого поведения F ₄ (14,0%)			
-0,804	Занятость		
0,677	Обеспокоенность родственников употреблением алкоголя (тест ASSIST)		

1) Первый фактор (F₁), как и для пациентов с проблемным употреблением алкоголя, для пациентов с проблемным употреблением других ПАВ включал переменные ПТСР для обеих гендерных групп. Для пациентов мужского пола на первый план выходила переменная гипервозбудимости (факторная нагрузка = 0,944), для пациентов женского пола – избегание мыслей о травматическом

события (факторная нагрузка = 0,927). Для мужчин первый фактор включал дополнительно более высокие показатели дистресса (факторная нагрузка=0,832), а для женщин посттравматические переживания были связаны с более молодым возрастом (факторная нагрузка = -0,774).

2) Второй фактор (F_2) включал смешанные показатели для изучаемых групп пациентов. Для мужчин с проблемным употреблением других ПАВ данный фактор был обусловлен более молодым возрастом (факторная нагрузка = -0,699), бóльшим осознанием возникновения негативных последствий из-за употребления алкоголя (факторная нагрузка = 0,695) и более высоким уровнем образования (факторная нагрузка = 0,665). Для женщин с проблемным употреблением других ПАВ второй фактор определялся проживанием в более крупном населенном пункте (факторная нагрузка = 0,836), менее благополучным семейным положением (факторная нагрузка = -0,827), высоким уровнем образования (факторная нагрузка = 0,540), недостаточной обеспокоенностью родственников употреблением алкоголя (факторная нагрузка = - 0,534), а также более высокими показателями психологического дистресса (факторная нагрузка = 0,531).

3) Третий фактор (F_3), для мужчин обозначенный как «Фактор малой социальной группы», включал показатели бóльшего количества совместно проживающих членов семьи (факторная нагрузка = 0,835) при благополучном семейном положении (факторная нагрузка = 0,826). Третий фактор для пациентов женского пола являлся «Фактором безработицы» и включал показатель занятости с отрицательным значением (факторная нагрузка = - 0,947).

4) Четвертый фактор (F_4) «Фактор психосоциальных последствий зависимого поведения» был выделен только для пациентов мужского пола и объединял показатели отсутствия занятости (факторная нагрузка = - 0,804) при обеспокоенности родственников мужчины его употреблением алкоголя (факторная нагрузка = 0,677).

Детальный анализ клинико-психологических факторов риска и частотно-количественных характеристик злоупотребления ПАВ у пациентов с проблемным употреблением алкоголя и наркотиков позволил сформулировать ряд выводов.

1) У 48,7% обследованных пациентов были определены признаки психологического дистресса, а у 25,7% - признаки ПТСР различной выраженности, как правило, на уровне его тяжелых проявлений (у 14,5% от общей выборки). Наличие признаков ПТСР чаще наблюдалось у пациентов с проблемным употреблением других ПАВ, чем у пациентов с проблемным употреблением алкоголя. Выраженность аддиктивных установок, соответствующих зависимости от потребления ПАВ, была определена у большинства обследованных пациентов (суммарно 79,1% от общей выборки).

2) В отношении употребления никотинсодержащих изделий обращали на себя внимание три тенденции: 1) среди лиц с рискованным употреблением или с зависимостью от ПАВ крайне редко было обнаружено курение с низким риском (от 0 до 4,9% среди курильщиков); 2) среди лиц с проблемным употреблением алкоголя лица, не курившие или отказавшиеся от курения (41,9% для лиц обоего пола), наблюдались чаще, чем среди лиц с проблемным употреблением других ПАВ (31,1% для лиц обоего пола); 3) более высокая распространенность курения с клинически определяемыми критериями вредных последствий для здоровья определялась чаще среди женщин (в 66,4%), чем среди мужчин (в 57,8%).

3) Оценка уровня риска, связанного с употреблением алкоголя в последние 12 месяцев, по тесту AUDIT-C у пациентов с учетом наркологического диагноза и гендерных различий показала, что для женщин с проблемным употреблением других ПАВ был характерен самый низкий по выборке отказ от употребления алкоголя (3,5%), тогда как среди мужчин с аналогичным расстройством отказ от употребления алкоголя был достоверно выше (18,2%). Также у пациентов обоего пола с проблемным употреблением других ПАВ чаще определялся рискованный уровень употребления алкоголя (в 27,4%), чем у пациентов с проблемным употреблением алкоголя (в 7,9%).

4) По общему баллу теста ASSIST были выявлены значимые различия в зависимости от пола: как и по результатам теста AUDIT-C, более высокие баллы были получены у мужчин с проблемным употреблением алкоголя ($p \leq 0,001$). У 24,2% обследованных пациентов было определено повышение значений CDT,

которое обычно наблюдается у лиц, длительно систематически и / или чрезмерно злоупотребляющих алкоголем.

5) Был обнаружен феномен, демонстрирующий нежелание пациентов с наркологическими расстройствами обсуждать возможное наличие аддиктивных установок и частотно-количественные характеристики потребляемых ими ПАВ: на вопросы по выявлению рисков, связанных со злоупотреблением алкоголем (тесты AUDIT-C и ASSIST), отказался отвечать 31 пациент, а на вопросы по выявлению рисков, связанных со злоупотреблением наркотиков (тест ASSIST) - 26 пациентов.

6) Корреляционный анализ предикторов курения, злоупотребления алкоголем, ССП и наркотиками в группе женщин с проблемным употреблением ПАВ позволил сделать ряд дополнительных выводов: а) из социально-демографических факторов риска злоупотребления никотином была обнаружена связь с возрастом: чем старше была женщина с проблемным употреблением алкоголя, тем более резко проявлялась зависимость от никотина ($r=0,280$; $p\leq 0,05$). Из клинических признаков злоупотребления было обнаружено влечение к потреблению никотинсодержащей продукции ($r=0,570$; $p\leq 0,001$). Среди клинико-психологических факторов риска злоупотребления никотинсодержащей продукцией женщинами с проблемным употреблением алкоголя были обнаружены связи с одним из показателей шкалы IES-R (гипервозбудимостью) ($r=0,267$; $p\leq 0,05$) и психологическим дистрессом ($r=0,377$; $p\leq 0,001$).

7) Из социально-демографических факторов риска злоупотребления алкоголем были выявлены связи с более старшим возрастом женщины ($r=0,382$; $p\leq 0,001$), бóльшим числом детей ($r=0,350$; $p\leq 0,01$), замужеством ($r=0,269$; $p\leq 0,05$) и отсутствием профессиональной занятости ($r= - 0,360$; $p\leq 0,01$). Также при злоупотреблении никотинсодержащими изделиями при проблемном употреблении алкоголя у женщин были выявлены связи с гипервозбудимостью ($r=0,359$; $p\leq 0,01$) и признаками психологического дистресса ($r=0,388$; $p\leq 0,01$). Среди клинических признаков определялись связи с беспокойством родственников из-за злоупотребления женщиной алкоголем ($r=0,627$; $p\leq 0,001$), попытками прекратить потребление ($r=0,335$; $p\leq 0,05$) и наличием негативных последствий его употребления ($r=0,583$; $p\leq 0,01$).

8) Для женщин с проблемным употреблением других ПАВ, как и для мужчин с аналогичными расстройствами, были характерны взаимосвязи между курением и злоупотреблением алкоголем ($r=0,402$; $p\leq 0,05$), ССП ($r=0,610$; $p\leq 0,001$) и наркотиками ($r=0,333$; $p\leq 0,05$). Также у курящих женщин с проблемным употреблением других ПАВ были определены клинически значимые попытки прекратить употребление алкоголя ($r=0,594$; $p\leq 0,05$) и наркотиков ($r=0,826$; $p\leq 0,001$), обеспокоенность родственников женщины ее употреблением наркотиков ($r=0,501$; $p\leq 0,05$). Для женщин с проблемным употреблением других ПАВ, злоупотребляющих алкоголем, были определены социально-демографические факторы риска – более старший возраст ($r=0,356$; $p\leq 0,05$) и отсутствие профессиональной занятости ($r = 0,308$; $p\leq 0,05$), а также плеяда клинических предикторов ухудшения их наркологического статуса: 1) невыполнение обязательств из-за проблемного употребления алкоголя ($r=0,744$; $p\leq 0,01$); 2) наличие негативных последствий, связанных с употреблением алкоголя ($r=0,766$; $p\leq 0,01$); 3) попытки прекратить употребление наркотиков ($r=0,834$; $p\leq 0,001$); 4) обеспокоенность родственников из-за употребления женщиной наркотиков ($r=0,522$; $p\leq 0,05$).

9) Употребление ССП женщинами с проблемным употреблением других ПАВ было связано с курением ($r=0,610$; $p\leq 0,001$) и употреблением наркотиков ($r=0,586$; $p\leq 0,001$). Из социально-демографических факторов риска оказывал влияние на злоупотребление ССП только предиктор – малое количество совместно проживающих с женщиной членов семьи ($r = 0,344$; $p\leq 0,05$). При этом среди клинко-психологических предикторов злоупотребления ССП женщинами с проблемным употреблением других ПАВ можно отметить наличие общих признаков ПТСР ($r=0,361$; $p\leq 0,05$) и отдельных его проявлений – гипрвозбудимости ($r=0,385$; $p\leq 0,05$) и вторжения мыслей о пережитом травматичном событии ($r=0,401$; $p\leq 0,05$). Из клинически значимых факторов риска отмечались: беспокойство родственников женщины ее употреблением алкоголя ($r=0,682$; $p\leq 0,05$) и наркотиков ($r=0,617$; $p\leq 0,05$); попытки прекратить употребление алкоголя ($r=0,600$; $p\leq 0,05$) и влечение к продолжению употребления наркотиков ($r=0,732$; $p\leq 0,05$).

10) Непосредственно на увеличение риска злоупотребления наркотиками оказывали влияние больший размер населенного пункта, в котором проживали женщины ($r=0,505$; $p\leq 0,05$), и большее число совместно проживающих членов семьи ($r=0,475$; $p\leq 0,05$). Из психоэмоциональных нарушений у женщин с проблемным употреблением других ПАВ определялась гипервозбудимость как проявление ПТСР ($r=0,539$; $p\leq 0,001$). Из клинических проявлений злоупотребления наркотиками были обнаружены связи с беспокойством родственников женщин их употреблением алкоголя ($r=0,586$; $p\leq 0,01$), влечение к употреблению наркотиков ($r=0,633$; $p\leq 0,01$) и невыполнение обязательств из-за их потребления ($r=0,655$; $p\leq 0,01$).

11) Факторный анализ в группе женщин с проблемным употреблением алкоголя позволил выделить наиболее значимую группу переменных, объясняющих 24,5% дисперсии – «Фактор психоэмоционального состояния», который обобщил отдельные параметры пережитого ПТСР при более высоком образовательном статусе. Меньший процент дисперсии (14,1%) пришелся на «Фактор клинических и психосоциальных предикторов зависимости от алкоголя», обобщивший переменные, связанные с безуспешными попытками женщины сократить употребление алкоголя и обеспокоенностью родственников аддиктивным поведением женщины.

12) Факторный анализ в группе женщин с проблемным употреблением других ПАВ определил еще больший процент дисперсии (34,2%), связанный с признаками ПТСР и психоэмоционального дистресса. На втором ранговом месте находился «Фактор социально-демографических и психосоциальных переменных» (22,7%), включавший проживание в более крупном населенном пункте, менее благополучное семейное положение, высокий уровень образования и недостаточную обеспокоенность родственников женщины ее аддиктивным поведением в качестве переменных, взаимосвязанных с проблемным употреблением наркотиков.

Полученные результаты указывают на необходимость оказания таргетированной психотерапевтической помощи, направленной на коррекцию психоэмоциональных нарушений и аддиктивных установок с уточнением

специфических триггеров для мужчин и женщин. Они могут быть учтены при разработке персонализированных программ лечения и медицинской реабилитации больных с наркологическими расстройствами с учетом клинико-психологических факторов риска и частотно-количественных характеристик злоупотребления ПАВ.

4.2.4. Резюме по разделу «Основной этап эмпирического исследования»

Основной этап диссертационного исследования позволил сделать ряд выводов, подтвержденных использованием различных методов статистического анализа данных.

1. Корреляционный анализ предикторов курения и злоупотребления алкоголем среди медицинских работников позволил выделить следующие значимые взаимосвязи у женщин, работающих по профилю «акушерство-гинекология»: рискованное употребление алкоголя и злоупотребление им было связано с увеличением возраста ($r=0,265$; $p\leq 0,001$), высоким уровнем дохода ($r=0,245$; $p\leq 0,01$), проживанием в крупном населенном пункте ($r=0,189$; $p\leq 0,05$), наличием партнерских или супружеских отношений ($r=0,236$; $p\leq 0,01$). Наиболее значимый вклад в показатель возникновения рисков, связанных со злоупотреблением алкоголем, вносило частое возникновение влечения к спиртному ($r=0,753$; $p\leq 0,001$), которое, в свою очередь, было взаимосвязано с курением ($r=0,193$; $p\leq 0,05$). Схожая тенденция наблюдалась с показателем, отражающим безуспешные попытки прекратить употребление алкоголя (вклад в употребление алкоголя – $r=0,363$; $p\leq 0,001$; связь с курением – $r=0,181$; $p\leq 0,05$), и с показателем возникновения негативных последствий из-за его чрезмерного употребления (вклад в употребление алкоголя – $r=0,265$; $p\leq 0,001$; связь с курением – $r=0,245$; $p\leq 0,01$). Отмечалась корреляция общего показателя рискованного употребления алкоголя или злоупотребления им с беспокойством родственников из-за употребления спиртного членом семьи из числа обследованных медицинских работников ($r=0,236$; $p\leq 0,001$). Употребление алкоголя было положительно связано с курением на высоком уровне статистической значимости ($r=0,438$; $p\leq 0,001$).

2. Среди специалистов женского пола, работающих в организациях по профилю «акушерство и гинекология», корреляционный анализ не выявил

взаимосвязей между рискованным употреблением или злоупотреблением никотинсодержащей продукцией и алкогольными напитками с показателями психоэмоционального состояния, хотя признаки психологического дистресса от среднего до очень высокого уровней были выявлены в 22,2% случаев, а у 6,9% - признаки ПТСР.

3. Корреляционный анализ предикторов курения и злоупотребления алкоголем среди женщин, работающих по профилю «психиатрия-наркология», показал, что потребление алкоголя в данной группе было связано с более молодым возрастом специалистов ($r=-0,166$; $p\leq 0,01$), высоким уровнем дохода ($r=0,203$; $p\leq 0,001$) и образования ($r=0,163$; $p\leq 0,01$). Показатели психоэмоционального состояния, дистресс и гипервозбудимость в качестве симптома ПТСР были положительно связаны с употреблением алкоголя (дистресс – $r=0,234$; $p\leq 0,001$, гипервозбудимость – $r=0,124$; $p\leq 0,05$), дистресс также коррелировал с курением ($r=0,167$; $p\leq 0,01$). Наибольший вклад в повышение рисков, связанных с употреблением алкоголя и злоупотреблением им, вносили следующие факторы: влечение к алкоголю ($r=0,644$; $p\leq 0,001$), попытки прекратить его употребление ($r=0,378$; $p\leq 0,001$), беспокойство родственников ($r=0,313$; $p\leq 0,001$) и негативные последствия из-за чрезмерного употребления спиртных напитков ($r=0,291$; $p\leq 0,001$). Курение среди женщин, работающих в медицинских организациях по профилю «психиатрия-наркология», также было связано с беспокойством родственников из-за употребления спиртного женщиной ($r=0,203$; $p\leq 0,001$), влечением к нему ($r=0,199$; $p\leq 0,001$) и безуспешными попытками прекратить его употребление ($r=0,120$; $p\leq 0,05$). Курение и употребление алкоголя были также положительно взаимосвязаны ($r=0,268$; $p\leq 0,001$).

4. Факторный анализ параметров, влияющих на рискованное употребление никотина и алкоголя, показал, что для женщин – медицинских работников наибольший вклад в дисперсию, объясняющую модель злоупотребления ПАВ, вносили переменные нарушения психоэмоционального состояния. В увеличение риска злоупотребления никотинсодержащей продукцией ведущую роль вносил «Фактор психоэмоционального и посттравматического состояний», объясняющий 21,4% дисперсии для женщин, работающих по профилю «акушерство-

гинекология», и 19,5% дисперсии для женщин, работающих по профилю «психиатрия-наркология»: по переменной «вторжение мыслей о травматическом событии» факторная нагрузка составила 0,966 и 0,945 соответственно, по переменной «избегание мыслей о травматическом событии» - 0,969 и 0,934 соответственно и по переменной «гипервозбудимость» - 0,963 и 0,929 соответственно. В увеличение риска злоупотребления алкоголем ведущую роль вносил «Фактор ПТСР», объясняющий 20,1% дисперсии для женщин, работающих по профилю «акушерство-гинекология», и 26,1% дисперсии для женщин, работающих по профилю «психиатрия-наркология»: по переменной «вторжение мыслей о травматическом событии» факторная нагрузка составила 0,973 и 0,980 соответственно, по переменной «избегание мыслей о травматическом событии» - 0,964 и 0,976 соответственно и по переменной «гипервозбудимость» - 0,957 и 0,985 соответственно. Иные клинико-психологические, социально-психологические и социально-демографические предикторы также влияли на увеличение риска злоупотребления ПАВ, но с меньшей факторной нагрузкой.

5. Сравнительный анализ показателей не прямых биомаркеров и уровней риска, полученных с использованием метода TLFB в группе беременных женщин на уровне селективных профилактических вмешательств показал, что из 7,4% обследованных женщин, которым акушер-гинеколог рекомендовал проведение данного вида лабораторных исследований, у 3,4% были получены результаты, свидетельствующие о высокой вероятности потребления алкогольных напитков ($CDT \geq 1,3\%$), из них 2,5% могли злоупотреблять алкоголем ($CDT \geq 1,7\%$). Поскольку при прекращении приема алкоголя повышенное содержание CDT сохраняется в периоде до 2 недель, после чего его значения нормализуются, мы можем предположить, что потребление алкоголя беременными женщинами происходило за 7-10 дней до госпитализации, во время которой проходило обследование. Из 5 женщин с высокими значениями CDT ($\geq 1,7\%$) у 4 определялись повышенные значения АСТ и АЛТ, что указывает на сопоставимую восприимчивость данных маркеров к вероятностному злоупотреблению алкоголем.

6. Изучение психоэмоционального состояния женщин репродуктивного возраста как фактора риска, влияющего на курение и употребление алкоголя до

беременности и в пренатальный период, показало, что у обследованных женщин был выявлен достаточно высокий уровень психологического дистресса, как до беременности, так и во время (в течение последних 4 недель) – 28,9 и 25,5% соответственно. Уровень психологического дистресса оставался стабильным у куривших женщин и у женщин, отказавшихся от курения, однако количество женщин со средним, высоким или очень высоким уровнем дистресса было достоверно выше среди потреблявших никотинсодержащую продукцию. Обратная тенденция наблюдалась в отношении употребления алкоголя: число злоупотреблявших алкоголем женщин с признаками психологического дистресса, наоборот, значительно снизилось с 26,8% до беременности до 22,7% во время беременности, а количество не употреблявших алкоголь женщин с признаками дистресса возросло в пренатальный период.

7. У женщин с проблемным употреблением алкоголя отмечались значимо более высокие баллы при низком уровне дистресса ($p \leq 0,01$) и, на уровне тенденции к значимым различиям, более высокие баллы при очень высоком уровне дистресса ($p = 0,093$), чем у мужчин с аналогичными наркологическими расстройствами. При проведении корреляционного анализа была обнаружена единственная связь между социально-демографическими факторами риска и курением: чем старше была женщина, тем более резко проявлялась зависимость от никотина ($p \leq 0,05$). Также единственная связь была обнаружена с клиническим признаком злоупотребления – влечением к потреблению никотинсодержащей продукции ($p \leq 0,001$). Среди клинико-психологических факторов риска и злоупотреблением никотинсодержащей продукцией у женщин с проблемным употреблением алкоголя были обнаружены связи с одним из показателей шкалы IES-R (гипервозбудимостью) ($p \leq 0,05$) и психологическим дистрессом ($p \leq 0,001$).

8. Среди факторов риска, взаимосвязанных со злоупотреблением алкоголем, было получено большее число значимых корреляций. Из социально-демографических факторов риска можно отметить наличие связи с более старшим возрастом женщины ($p \leq 0,001$), большим числом детей ($p \leq 0,01$), замужеством ($p \leq 0,05$) и отсутствием профессиональной занятости ($p \leq 0,01$). Как и при злоупотреблении никотинсодержащими изделиями, для проблемного

употребления алкоголя были выявлены связи с гипертвужудимостью ($p \leq 0,01$) и признаками психологического дистресса ($p \leq 0,01$). Среди клинических признаков определялись связи с беспокойством родственников из-за злоупотребления женщиной алкоголем ($p \leq 0,001$), попытками прекратить его потребление ($p \leq 0,05$) и наличием негативных последствий потребления ($p \leq 0,01$).

9. Для женщин с проблемным употреблением наркотиков, как и для мужчин с аналогичными наркологическими расстройствами, были характерны взаимосвязи между курением и злоупотреблением алкоголем ($p \leq 0,05$), седативными и снотворными препаратами ($p \leq 0,001$) и наркотикам ($p \leq 0,05$). Также у курящих женщин с проблемным употреблением других ПАВ были определены клинически значимые попытки прекратить употребление алкоголя ($p \leq 0,05$) и наркотиков ($p \leq 0,001$), а также обеспокоенность родственников женщины ее потреблением наркотиков ($p \leq 0,05$). Для женщин с проблемным употреблением других ПАВ, злоупотребляющих алкоголем, были определены социально-демографические факторы риска – более старший возраст ($p \leq 0,05$) и отсутствие профессиональной занятости ($p \leq 0,05$), а также плеяда клинических предикторов ухудшения их наркологического статуса: 1) невыполнение обязательств из-за проблемного употребления алкоголя ($p \leq 0,01$); 2) наличие негативных последствий, связанных с употреблением алкоголя ($p \leq 0,01$); 3) попытки прекратить употребление наркотиков ($p \leq 0,001$); 4) обеспокоенность родственников из-за употребления женщиной наркотиков ($p \leq 0,05$).

13. Как уже было отмечено, употребление ССП женщинами с проблемным употреблением других ПАВ было связано с курением ($p \leq 0,001$) и употреблением наркотиков ($p \leq 0,001$). Из социально-демографических факторов риска оказывал влияние на злоупотребление ССП только предиктор малого количества совместно проживающих с женщиной членов семьи ($p \leq 0,05$). При этом среди клинко-психологических предикторов злоупотребления ССП женщинами с проблемным употреблением других ПАВ можно отметить наличие общих признаков ПТСР ($p \leq 0,05$) и отдельных его проявлений – гипертвужудимости ($p \leq 0,05$) и вторжения мыслей о пережитом травматичном событии ($p \leq 0,05$). Из клинических факторов риска отмечались: беспокойство родственников женщины ее употреблением

алкоголя ($p \leq 0,05$) и наркотиков ($p \leq 0,05$); попытки прекратить употребление алкоголя ($p \leq 0,05$) и влечение к продолжению употребления наркотиков ($p \leq 0,05$).

14. Непосредственно на увеличение риска злоупотребления другими ПАВ оказывали влияние больший размер населенного пункта, в котором проживали женщины ($p \leq 0,05$), и большее число совместно проживающих членов семьи ($p \leq 0,05$). Из психоэмоциональных нарушений с проблемным потреблением наркотиков была взаимосвязана гипертвзбудимость как составляющая ПТСР ($p \leq 0,001$). Из клинических проявлений злоупотребления наркотиков для женщин с их проблемным употреблением были обнаружены связи с беспокойством родственников женщин их употреблением алкоголя ($p \leq 0,01$), влечение к употреблению наркотиков ($p \leq 0,01$) и невыполнение обязательств из-за их употребления ($p \leq 0,01$).

4.3. Резюме по главе

В главе подробно представлены результаты эмпирической части диссертационного исследования, включая данные предварительного (поискового) и основного этапа диагностических и профилактических вмешательств, проведенных с целевой группой. В параграфе 4.1 системно и последовательно представлена методология, ход проведения исследования и результаты изучения клинико-психологических, социально-психологических и социально-демографических факторов риска формирования зависимого поведения у женщин репродуктивного возраста на предварительном этапе эмпирического исследования. В разделе 4.1.1 описаны диагностические и профилактические мероприятия, реализованные в женских консультациях г. Санкт-Петербурга с женщинами репродуктивного возраста, беременными и женщинами, планирующими беременность, в качестве объектов универсальной первичной профилактики. Исползованные на данном этапе краткие клинические и скрининговые опросники, а также методы пассивного и активного информирования о вредных последствиях употребления алкоголя во время беременности в качестве профилактического вмешательства показали высокую заинтересованность женщин во взаимодействии со специалистом медицинской организации, но низкую эффективность в

отношении выявления предикторов зависимого поведения и распространенности проблемного употребления алкоголя. В разделе 4.1.2 представлены результаты более углубленной скрининговой диагностики уровня риска потребления никотинсодержащей продукции и алкогольных напитков, а также анализ возможности применения различных по продолжительности профилактических вмешательств в отношении отказа от употребления ПАВ (от краткой консультации до сессии мотивационного консультирования), реализованные также с женщинами репродуктивного возраста, беременными и родильницами в качестве объекта селективной профилактики. Данный этап показал неоднозначные результаты в отношении распространенности курения и употребления алкогольных напитков женщинами репродуктивного возраста, включая беременных, что определило необходимость реализации образовательных мероприятий с сотрудниками, проводящими скрининговые и профилактические мероприятия при оказании медицинской помощи по профилю «акушерство-гинекология». В разделе 4.1.3 представлен сравнительный анализ результатов диагностических и профилактических мероприятий, реализованных с женщинами трудоспособного возраста, имевшими объективные проблемы и обратившимися за получением социально-психологической помощи (в качестве объектов индикативной профилактики), и с женщинами сопоставимой этнической и социально-демографической группы без признаков подобных проблем (группа сравнения). Данный этап показал наличие значимых различий в уровне распространенности рискованного употребления алкогольных напитков и позволил определить предварительные мишени профилактических вмешательств, которые могут быть реализованы на рабочих местах. В разделе 4.1.4 приводятся результаты проведенной апробации диагностических методов и превентивных подходов на уровне терапевтических и реабилитационных вмешательств с женщинами (основная группа) и мужчинами (группа сравнения) с проблемным употреблением алкоголя и других ПАВ. Данные, полученные на этом этапе, позволили провести анализ динамических изменений мотивационной сферы личности и психоэмоциональных особенностей пациентов с проблемным употреблением

ПАВ, что определило выбор мотивационного консультирования (от одной до нескольких сессий) в качестве основного метода профилактических вмешательств в отношении формирования целеполагания по отказу от употребления ПАВ в качестве метода таргетированной психологической и психотерапевтической помощи. Наиболее значимые результаты, полученные на предварительном (поисковом) этапе исследования, представленные в параграфе 4.1 и основных его разделах, определили выбор диагностического инструментария и профилактических подходов для основного этапа исследования.

В параграфе 4.2 представлены результаты основного этапа эмпирического исследования, реализованного с использованием единого диагностического комплекса, включавшего скрининговые и психодиагностические инструменты, на трех группах испытуемых, сопоставимых с группами предварительного этапа. В разделе 4.2.1 отражены данные по реализации диагностических методов и превентивных подходов в группе универсальных профилактических вмешательств с сотрудниками организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилям «психиатрия-наркология» и «акушерство-гинекология»; в разделе 4.2.2 – с беременными женщинами в качестве объектов селективной и индикативной профилактики; а в разделе 4.2.3 – с пациентами, имеющими проблемы с употреблением алкоголя или других ПАВ в качестве объектов терапевтических и реабилитационных вмешательств. Корреляционный и факторный анализ предикторов, влияющих на рискованное употребление ПАВ для женщин каждой из выделенных групп, позволил определить мишени универсальной, селективной и индикативной первичной профилактики, основанные на выявленных факторах риска формирования зависимого поведения и отражающие их иерархические уровни и закономерности.

Дифференцированный подход к оценке рискованного и проблемного употребления ПАВ в группах универсальных, селективных и индикативных вмешательств, а также в группе терапевтических и реабилитационных вмешательств, проведенных на предварительном (поисковом) и основном этапах исследования, позволил сделать выводы по основным задачам диссертационного

исследования: 1) выявить клинико-психологические, социально-психологические и социально-демографические факторы риска формирования зависимого поведения среди женщин репродуктивного возраста, включая беременных, и женщин, планирующих беременность; 2) выделить мишени универсальной, селективной и индикативной первичной профилактики, основанные на выявленных факторах риска формирования зависимого поведения и отражающие их иерархические уровни и закономерности; 3) апробировать и внедрить эффективные методы первичной психологической профилактики употребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста на основании выделенных факторов риска формирования зависимого поведения и мишеней превентивных вмешательств.

1. Оценка вариативной распространенности курения, злоупотребления алкоголем, наркотиками позволила определить достаточно широкий диапазон уровней проблемного употребления ПАВ, который варьирует в зависимости от группы профилактических вмешательств и использованного метода скрининговой или клинической диагностики.

А) В группе универсальных профилактических вмешательств, в которую на предварительном этапе диссертационного исследования были включены женщины репродуктивного возраста, обратившиеся за медицинской помощью по профилю «акушерство-гинекология», а на основном этапе исследования – медицинские работники, обследованные на рабочих местах, был определен достаточно высокий уровень рискованного употребления никотинсодержащих изделий и алкоголя. Полученные результаты по тесту ASSIST показали, что значительная часть выборки медицинских работников (27,8% среди женщин) использовали никотинсодержащие изделия с диагностируемым риском для здоровья. Распространенность рискованного употребления алкоголя (по тесту AUDIT-C) варьировала от 20% в группе женщин, обследованных при обращении за медицинской помощью по профилю «акушерство-гинекологии», до 54,2% у женщин – сотрудников медицинских организаций; риск злоупотребления алкоголем был определен у 5,8% женщин из числа обратившихся за медицинской помощью, до

18,4% у женщин – медицинских работников. Изучение частоты встречаемости уровней риска употребления алкоголя по тесту ASSIST показало схожие результаты с тестом AUDIT-C. Было выявлено, что умеренный и высокий риск значимо чаще наблюдались в группе мужчин, работающих по профилю «психиатрия-наркология» (в 19,2% VS 4,3%; $p < 0,0001$), и, не достигая уровня статистической значимости, в группе женщин, работающих по профилю «акушерство-гинекология» (в 5,4% VS 0%).

Б) Изучение распространенности потребления никотинсодержащей продукцией и алкоголя в группе селективных и индикативных вмешательств проводилось на предварительном этапе диссертационного исследования среди беременных женщин и женщин, планирующих беременность, а на основном этапе исследования - только среди беременных женщин. Результаты предварительного этапа показали крайне неоднозначные результаты по курению (курили в последние 12 месяцев 72,7% беременных женщин и 52,9% небеременных) и употреблению алкоголя (17,1% и 21,7% соответственно, а также во время текущей беременности у 3,9% женщин), что вызывает сомнения в достоверности сообщаемой женщинами информации и не согласуется с данными популяционных исследований. Полученные результаты обосновали необходимость разработки и апробации комплексного подхода к реализации профилактических вмешательств в организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство-гинекология». Более тщательно организованные и методологически проработанные диагностические исследования на основном этапе продемонстрировали следующие результаты по тесту ASSIST: к группе риска по употреблению никотинсодержащей продукции было отнесено 12,3% обследованных беременных женщин, а 3,4% – к группе высокого риска. Количественная оценка результатов теста ASSIST по употреблению алкоголя позволила отнести 16,7% женщин к группе риска, а 1,5% – к группе высокого риска по вовлеченности в употребление алкоголя во время беременности. Использование нескольких скрининговых и клинических методов диагностики рисков проблемного употребления алкоголя показало высокую прогностическую

валидность теста ASSIST, подтверждаемую результатами клинической диагностики и использованием метода ретроспективной оценки ежедневного объема употребления табака и алкоголя (TLFB) с беременными женщинами, часть из которых при проведении скрининга с использованием теста ASSIST диссимилируют употребление ПАВ. Также было подтверждено, что повышение значений не прямых биомаркеров потребления алкоголя беременными коррелировало с уровнями риска по методу TLFB, соответствующими критериям злоупотребления алкоголем. Повышение значений CDT в 53,3% случаев совпадало с выявленными уровнями риска злоупотребления, а повышение значений АСТ и АЛТ – в 29,2% и 36,0% соответственно. Анализ распространенности употребления ПАВ среди женщин в группе индикативных профилактических вмешательств показал, что женщины, имеющие бытовые, финансовые и психологические проблемы и обратившиеся за социальной помощью, рискованно употребляли алкоголь в 31,3%, из них 25,1% - с потенциальной вероятностью формирования алкогольной зависимости, что значительно превышало уровень потребления алкоголя в сопоставимой по социально-демографическим характеристикам в группе женщин, не имевших указанных проблем.

В) Изучение распространенности ПАВ среди женщин из группы терапевтических и реабилитационных вмешательств по оценке уровня риска, связанного с курением (по тесту ASSIST), показало крайне высокую распространенность курения с умеренным риском, характерную для большинства обследованных пациентов: самая низкая по выборке распространенность была выявлена у мужчин с алкогольной зависимостью (в 56,0%), а самая высокая – у женщин с зависимостью от других ПАВ (в 69,7%). Сравнительная оценка уровня риска, связанного с употреблением алкоголя, среди обследованных пациентов группы терапевтических и реабилитационных вмешательств с использованием скрининговых тестов AUDIT-C и ASSIST показала, что: 1) использование теста ASSIST позволило более четко дифференцировать группу пациентов со злоупотреблением алкоголем (по тесту AUDIT-C; n=250) на группы с умеренным (по тесту ASSIST; n=112) и высоким риском злоупотребления (по тесту ASSIST;

n=133); 2) по результатам теста ASSIST была определена группа женщин с зависимостью от наркотиков с низким уровнем риска употребления алкоголя (44,8%; n=13), которая преобладала по выборке и не была идентифицирована при проведении теста AUDIT-C. Оценка уровня риска, связанного с употреблением наркотиков в последние 3 месяца по тесту ASSIST, показала, что большинство пациентов (94,7%), злоупотребляющих алкоголем, не употребляли наркотики в течение последних трех месяцев. Однако 2,3% пациентов с проблемным употреблением алкоголя имели высокий риск злоупотребления наркотиками, что указывает на наличие возможной коморбидности в отношении данных видов ПАВ. Подавляющее большинство лиц с проблемным употреблением других ПАВ, включая наркотики, были отнесены к группе высокого риска. Значимых различий по общему баллу теста ASSIST в отношении употребления наркотических веществ между мужчинами и женщинами в группах по наркологическому диагнозу выявлено не было.

2. Изучение специфичных для каждой группы профилактических вмешательств клинико-психологических, социально-психологических и социально-демографических факторов риска формирования зависимого поведения позволило обнаружить следующие предикторы или мишени профилактических вмешательств:

А) Среди социально-психологических и социально-демографических факторов риска в группе универсальных профилактических вмешательств – у женщин, обследованных при обращении за медицинской помощью по профилю «акушерство-гинекология», было определено наличие в их близком кругу подруг, употреблявших алкоголь во время беременности ($p < 0,01$). Корреляционный анализ предикторов курения и злоупотребления алкоголем среди женщин, работающих по профилю «акушерство-гинекология», показал, что рискованное употребление алкоголя и злоупотребление им было связано с рядом характеристик, в целом указывающих на благополучное положение женщин в обществе: более старший возраст ($p \leq 0,001$), высокий уровень дохода ($p \leq 0,01$), проживание в крупном населенном пункте ($p \leq 0,05$) и наличие партнерских или супружеских отношений

($p \leq 0,01$). Несмотря на это, у женщин были определены клинико-психологические и социально-психологические признаки зависимого поведения, что указывает на необходимость усиления профилактической работы с женщинами, не обнаруживающими признаков социального неблагополучия. У женщин, работающих по профилю «психиатрия-наркология», были обнаружены сходные взаимосвязи за исключением возраста - потребление алкоголя в данной группе было связано с более молодым возрастом специалистов ($p \leq 0,01$), высоким уровнем дохода ($p \leq 0,001$) и образованием ($p \leq 0,01$). Также у женщин показатели психоэмоционального неблагополучия (дистресс и гипервозбудимость в качестве симптома ПТСР) были положительно связаны с курением и употреблением алкоголя. Эти данные также были подтверждены результатами факторного анализа. Значительный вклад в злоупотребление алкоголем вносили клинические и социально-психологические предикторы зависимого поведения. Курение и употребление алкоголя были также положительно взаимосвязаны ($p \leq 0,001$). Данные результаты указывают на необходимость осуществления программ профилактики в отношении употребления никотинсодержащей продукции и алкоголя, а в случае отказа женщины от проведения скрининга на употребление алкоголя при выявленных рисках злоупотребления никотинсодержащими изделиями делает целесообразным проведение вмешательств в отношении обоих видов ПАВ.

Б) Среди беременных женщин и женщин, планирующих беременность, при проведении диагностических мероприятий с группой селективных и индикативных вмешательств на предварительном этапе диссертационного исследования были выявлены взаимосвязи по результатам теста Фагерстрема и теста RUS-AUDIT с возрастом, сроком беременности и уровнем мотивации: более высокие баллы, характеризующие тяжесть никотиновой зависимости, были положительно связаны с возрастом ($p \leq 0,05$) и сроком беременности ($p \leq 0,05$). Выявленная значимая взаимосвязь у беременных женщин на основном этапе исследования между употреблением никотина до беременности и употреблением алкоголя во время беременности ($p \leq 0,001$) позволяет аргументированно усиливать

меры профилактики в отношении отказа от курения в группе небеременных женщин репродуктивного возраста, что потенциально может оказать положительное влияние на снижение употребления алкоголя во время беременности. Изучение мотивационных аспектов личности беременных женщин в группе селективных вмешательств показало, что на уровне тенденции к статистической значимости была выявлена обратная взаимосвязь между результатами по тесту Фагерстрема и уровнем мотивации к отказу от курения и употребления алкоголя ($r = - 0,391$, $p=0,098$), что может говорить о связи слабой мотивации с более высокими показателями зависимости.

Проведенный факторный анализ предикторов курения и злоупотребления алкоголем среди беременных женщин на основном этапе исследования показал, что заметное влияние оказывает фактор психоэмоционального состояния личности, что согласуется с известными данными российских и зарубежных исследований, отмечающих, что неблагоприятное психоэмоциональное состояние женщин репродуктивного возраста является значимым прогностическим фактором рискованного и вредного употребления ПАВ до беременности и злоупотребления ими в течение беременности, а преемственность нарушений психического здоровья позволит уменьшить распространенность курения и злоупотребления алкоголем.

В) У женщин группы индикативной профилактики, обследованных на предварительном этапе диссертационного исследования, и имевших проблемы в социально-бытовой сфере, была выявлена уже обнаруженная в других группах значимая прямая связь ($p \leq 0,05$) между показателями возраста и количеством набранных баллов по тесту AUDIT - чем старше была женщина, тем выше был полученный ею балл.

Г) В группе женщин с проблемным употреблением алкоголя и других ПАВ, обследованных на предварительном этапе диссертационного исследования, готовность к изменениям в отношении поведения, связанного с употреблением ПАВ, была взаимосвязана с рядом личностных и клинико-психологических особенностей: уровнем самооценки ($p \leq 0,01$), наличием признаков депрессии ($p \leq 0,01$), тревоги ($p \leq 0,05$) и стресса ($p \leq 0,05$), что свидетельствовало о

взаимовлиянии противоречивого отношения к необходимости изменять поведение и наличием признаков психоэмоционального неблагополучия. Данный результат указывает на необходимость комплексного психологического и психотерапевтического воздействия не только на клинические проявления аддиктивного поведения, но и на мотивационную и психоэмоциональную сферы личности в лечении женщин с проблемным употреблением ПАВ. При проведении корреляционного анализа была обнаружена единственная связь между социально-демографическими факторами риска и курением: чем старше была женщина, тем более резко проявлялась зависимость от никотина ($p \leq 0,05$). Также единственная связь была обнаружена с клиническим признаком злоупотребления – влечением к потреблению никотинсодержащей продукции ($p \leq 0,001$). Из социально-демографических факторов риска злоупотребления никотином можно отметить наличие связи с более старшим возрастом женщины ($p \leq 0,001$), бóльшим числом детей ($p \leq 0,01$), замужеством ($p \leq 0,05$) и отсутствием профессиональной занятости ($p \leq 0,01$). Для женщин с проблемным употреблением наркотиков, как и для мужчин с аналогичными наркологическими расстройствами, были характерны взаимосвязи между курением и злоупотреблением алкоголем ($p \leq 0,05$), ССП ($p \leq 0,001$) и наркотикам ($p \leq 0,05$). Для женщин с проблемным употреблением наркотиков, злоупотребляющих алкоголем, были определены социально-демографические факторы риска – более старший возраст ($p \leq 0,05$) и отсутствие профессиональной занятости ($p \leq 0,05$), а также плеяда клинических предикторов ухудшения их наркологического статуса. Непосредственно на увеличение риска злоупотребления наркотиками оказывали влияние больший размер населенного пункта, в котором проживали женщины ($p \leq 0,05$), и большее число совместно проживающих членов семьи ($p \leq 0,05$). Из психоэмоциональных нарушений была взаимосвязана с проблемным потреблением наркотиков гипервозбудимость, как составляющая ПТСР ($p \leq 0,001$). Из клинических проявлений злоупотребления наркотиками для женщин с проблемным употреблением других ПАВ были обнаружены связи с беспокойством родственников женщин их употреблением алкоголя ($p \leq 0,01$), влечение к употреблению наркотиков ($p \leq 0,01$) и невыполнение обязательств из-за

их потребления ($p \leq 0,01$). Факторный анализ предикторов злоупотребления ПАВ обследованными женщинами показал сопоставимые результаты с данными других групп исследования о преимущественном вкладе нарушений психоэмоционального состояния в патогенез аддиктивного поведения, однако для женщин с проблемным употреблением алкоголя более высокие показатели переживания ПТСР были объединены с более высоким уровнем образования, а для женщин с проблемным употреблением других ПАВ – с более молодым возрастом.

3. Апробация диагностических методов и профилактических подходов по отказу от курения и употребления алкогольных напитков или сокращению их потребления показала следующие результаты в дифференцированных группах профилактических вмешательств:

А) Использование двух скрининговых инструментов (AUDIT-C и ASSIST) для определения рискованного употребления и злоупотребления алкоголем и методов клинической оценки моделей рискованного потребления алкоголя (продолжительного употребления с высоким риском и (или) «массивного одномоментного» употребления алкоголя) в группах универсальных профилактических вмешательств (условно здоровое население) показало, что и для мужчин, и для женщин наиболее высокая распространенность злоупотребления алкоголем была выявлена с использованием теста AUDIT-C.

Б) Апробированная программа профилактических вмешательств с женщинами, обратившимися за медицинской помощью по профилю «акушерство-гинекология», с использованием активного и пассивного информирования о вредных последствиях употребления алкоголя, в том числе во время беременности, и о ФАС, который может возникнуть у ребенка в случае пренатального воздействия этанола, показала свою актуальность и востребованность, но ограниченную эффективность.

В) Комплексный методический подход к организации работы врача акушера-гинеколога с женщинами репродуктивного возраста включал: а) разработку алгоритма профилактического взаимодействия специалиста с пациентом; б) подготовку образовательных материалов для специалистов и раздаточных

информационных материалов для пациента; в) проведение очного двухдневного обучающего тренинга с отработкой практических навыков по проведению скрининга и мотивационного консультирования в мини-группах; г) осуществления регулярных очных и дистанционных супервизий для специалистов, проводящих скрининг и мотивационное консультирование с использованием видеосвязи. Внедрение этого подхода в организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство-гинекология», позволило оптимизировать диагностические и профилактические мероприятия с пациентами в условиях приема специалиста, имевших большую эффективность в отношении отказа от курения и употребления алкоголя, чем методы пассивного и активного информирования.

Г) В отношении продолжительности программ профилактики проблемного употребления алкоголя и наркотиков, включающих проведение от двух до пяти сессий мотивационного консультирования или мотивационной психотерапии, было определено, что продолжительность терапевтических и реабилитационных вмешательств оказывает положительное влияние на изменение аддиктивного поведения: уже ко второй сессии пациенты демонстрировали более высокий уровень уверенности в своих действиях и в благоприятном результате лечения ($p \leq 0,05$), наблюдалась положительная динамика и в отношении стабилизации психоэмоционального состояния по субшкалам «Депрессия», «Тревога» и «Стресс» шкалы DASS-21 ($p \leq 0,01$). При этом, несмотря на выявленную корреляцию между показателем «Действие» (по шкале Socrates) и оценкой самоэффективности (по шкале GSE) ($r = 0,305$, $p \leq 0,05$), сила данной связи становилась слабее ко второй и третьей встречам с пациентами, что может говорить о постепенном осознании недостаточности совершаемых действий в отношении выздоровления для ощущения собственной эффективности. Обратная тенденция отмечалась при выявлении взаимосвязей между показателем «Действие» (по шкале Socrates) и признаками депрессии ($r = -0,350$, $p \leq 0,05$), тревоги ($r = -0,452$, $p \leq 0,01$) и стресса ($r = -0,410$, $p \leq 0,01$) (по шкале DASS-21): сила связи и уровень значимости на третьей встрече проведения мотивационного консультирования были выше, чем на раннем и восстановительном этапах.

ГЛАВА 5. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Мотивационное консультирование в отношении изменения поведения, связанного с употреблением ПАВ – это психотерапевтическое вмешательство, направленное на то, чтобы неконфликтным образом мотивировать человека к сокращению или полному отказу от употребления никотинсодержащих изделий, алкоголя или наркотиков (Вышинский К.В., Фадеева Е.В., 2016; Вышинский К.В., 2017). Данный метод имеет доказанную научную эффективность и был адаптирован рядом российских исследователей (Драпкина О.М. и соавт., 2022). В работу организаций, оказывающих специализированную (наркологическую) медицинскую помощь, была успешно внедрена технология сконцентрированных на целеполагании и потребностях пациента мотивационных вмешательств, направленных на повышение комплаенса и удержание в программах стационарной и амбулаторной реабилитации (Агибалова Т.В., Голощапов И.В., Рычкова О.В., 2010; Клименко Т.В., Козлов А.А. и соавт., 2016; Агибалова Т.В. и соавт., 2022, 2023). При этом основные принципы мотивационного интервьюирования и более длительного по продолжительности мотивационного консультирования могут успешно применяться в работе с лицами, не имеющими наркологических заболеваний, при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи, оказании психологической и социальной поддержки, в том числе женщинам репродуктивного возраста, что было реализовано в г. Санкт-Петербург и в Нижегородской области при внедрении программы профилактики ФАС в условиях работы врача акушера-гинеколога женской консультации (Балашова Т.Н., Волкова Е.Н., Исурина Г.Л., Цветкова Л.А. и соавт., 2018). Предлагаемые методы скрининга и мотивационного консультирования могут быть положены в основу превентивных вмешательств системной модели психологической профилактики потребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста. Реализованная ранее Зенцовой Н.И. (2015) системная модель психологической реабилитации лиц с наркологическими расстройствами включала разработку комплексных психокоррекционных, лечебно-реабилитационных и организационных мероприятий, которая

подразумевала нелинейность взаимодействия внешних и внутренних элементов, которые могут как способствовать срыву, так и достигать комплаенса. В рамках рассматриваемой проблемы предложенная модель может быть частично экстраполирована на здоровое население в условиях рассмотрения личности женщины как саморазвивающейся системы, которая способна менять поведенческие установки, связанные с потреблением ПАВ в условиях достижения желаемых жизненных целей и формирования системы устойчивых мотивов. Тем не менее, если в основу исследования мы закладываем предложенный Б.Ф. Ломовым системный подход (2006) к анализу всех открытых самоорганизующихся и саморазвивающихся систем, то модель профилактики среди женщин репродуктивного возраста должна включать изучение многомерности и полидетерминированности причин, приводящих женщин к потреблению ПАВ, многоуровневость и иерархичность мероприятий по профилактике, а также изучение их эффективности в краткосрочной (1-3 месяца), среднесрочной (3-6 месяцев) и долгосрочной (12 месяцев и более) перспективе.

5.1. Теоретико-методологический анализ эффективности профилактических вмешательств, направленных на предотвращение употребления психоактивных веществ

Вопросы профилактики немедицинского потребления ПАВ исследовались в различных аспектах многими учеными как в зарубежных странах, так и в России. В то же время большое количество собранных фактических данных, наличие разнородных профилактических программ и проектов затрудняют эту работу в практическом плане. Недостаточность теоретических исследований в области оценки эффективности профилактических программ, обобщения практических наработок не позволяют распространять и внедрять наиболее действенные программы и методы в системной профилактической работе специалистов (медицинского, образовательного и других профилей). В начале 2000-х годов Общество профилактических исследований (Society of Prevention Research) организовало экспертные консультации по разработке стандартов оценки эффективности профилактических вмешательств для преодоления

методологических разногласий и повышения качества мероприятий, реализуемых с целевыми группами. По итогам работы был сформулирован ряд критериев эффективности профилактических программ, направленных на предотвращение вредного потребления ПАВ и зависимости от них:

1) обоснованный выбор участников программы: целевая группа должна подбираться исходя из сходных характеристик участников - пол, возраст, наличие общих для выбранной группы критериев уязвимости;

2) использование надежных и валидных психодиагностических инструментов для количественной и (или) качественной оценки изучаемых психических явлений, связанных с аддиктивным поведением, включая проведение оценки измеряемых характеристик до и после реализации профилактических мероприятий;

3) проведение статистического анализа полученных данных, позволяющего подтверждать и обосновывать выводы об изменениях, произошедших с участниками профилактической программы;

4) наличие у представителей целевой группы стойких положительных результатов, которые могут быть измерены после завершения их участия в профилактических мероприятиях в краткосрочной (от 1 до 3 месяцев), среднесрочной (около 6 месяцев) и долгосрочной перспективах (от 12 месяцев);

5) наличие по крайней мере одного долгосрочного наблюдения за результатами, подтверждающими эффективность предлагаемого профилактического подхода для представителей целевой группы в течение длительного периода;

6) получение положительной оценки не менее двух внешних независимых экспертиз, объективизирующих эффективность результатов профилактической программы (Фадеева Е.В., 2021a; Flay B.R. et al., 2005).

Профилактическая программа, удовлетворяющая перечисленным критериям, может быть признана соответствующей всем стандартам эффективных вмешательств и рекомендована к внедрению, что подтверждается рядом зарубежных исследований, использовавших данный методологический подход (Gottfredson D.C. et al., 2015; Pinto R. et al., 2021; Mayo-Wilson E. Et al., 2022), и отдельными российскими исследованиями (Национальное руководство по

профилактике наркологических расстройств, 2018; Фадеева Е.В., 2021а; Фадеева Е.В., 2021б; Фадеева Е.В., 2024).

В соответствии с рекомендациями, изложенными в Национальном руководстве по профилактике наркологических расстройств (2018), оценка вмешательств в целевых группах может осуществляться с опорой на показатели результативности, среди которых можно выделять охват представителей целевых групп, количество проведенных мероприятий, произошедшие после их реализации изменения и т.д. (таблица 86).

Таблица 86 - Показатели результативности мероприятий по профилактике употребления ПАВ

Показатель	
Охват	⇒ представителей целевой группы мероприятиями, направленными на предотвращение вредного употребления ПАВ и зависимости от них
	⇒ специалистов медицинских организаций образовательными мероприятиями, повышающими их компетентность при реализации программ профилактики
Количество	⇒ представителей целевой группы, вовлеченных в мероприятия по профилактике употребления ПАВ
	⇒ участников профилактических мероприятий, отказавшихся от употребления ПАВ
Изменения	⇒ частоты или количества употребления ПАВ среди представителей целевой группы
	⇒ поведения, связанного с отказом от употребления или сокращения частоты или количества употребляемых ПАВ, включая изменения социально-экономических характеристик представителей целевой группы
	⇒ уровня информированности или знаний о рисках, связанных с употреблением ПАВ

Показатели результативности мероприятий по профилактике вредного употребления и зависимости от ПАВ не ограничиваются перечисленными и могут включать иные показатели, например, количество представителей целевой группы, обратившихся в ходе проведенных превентивных вмешательств за психологической или медицинской помощью. Поскольку достаточно сложно оценивать эффективность или результативность профилактических программ, реализуемых с целевыми группами, различающимися по возрасту, полу, наличию или отсутствию опыта употребления ПАВ, учесть взаимодействие всех факторов, обуславливающих их уязвимость, а также степень охвата возможных индивидуальных рисков для участников, существует необходимость разработки

единых методологических подходов к реализации программ профилактики и четких критериев оценки (Фадеева Е.В., 2026; Steeger C.M. et al., 2021; Bock F., Rehfuess E., 2021).

В соответствии с рекомендациями, представленными в Европейском руководстве по профилактике, основополагающими критериями оценки эффективности являются: устойчивость в финансирование профилактической программы, межведомственная коммуникация субъектов профилактических вмешательств, переподготовка сотрудников и соответствие этическим нормам (таблица 87) (European Prevention Curriculum. EMCDDA, 2019).

Таблица 87 - Критерии оценки эффективности программ профилактики употребления наркотиков

Критерий	
Устойчивость в финансировании	⇒ профилактическая работа, подкрепляемая долгосрочным финансированием
	⇒ возможность продолжения оказания помощи представителям целевой группы после прекращения финансирования профилактической программы
Коммуникация и участие заинтересованных сторон	⇒ привлечение заинтересованных сторон к совместной разработке и проведению профилактических мероприятий (заключение договоров о научно-практическом сотрудничестве, соглашений о намерениях и т.д.)
	⇒ проведение совместных организационно-методических и практических мероприятий (конференции, рабочие группы, мастер-классы и т.д.)
Обучение и переподготовка	⇒ обучение сотрудников, вовлеченных в реализацию программы (профессиональная подготовка, переподготовка и т.д.)
	⇒ профессиональная и эмоциональная поддержка сотрудников, предупреждение эмоционального «выгорания»
Соответствие этическим нормам	⇒ приоритет охраны жизни, здоровья и прав представителей целевой группы, получающих помощь в рамках реализации профилактической программы
	⇒ соблюдение принципов этичного отношения к представителям целевой группы, обеспечение конфиденциальности полученной информации
	⇒ соблюдение морально-этических норм и норм профессиональной этики, недопущение конфликта интересов

Ряд важных подходов, позволяющих оценивать качество и эффективность программ профилактики, направленных на предотвращение проб ПАВ, снижение влияния факторов риска, способствующих началу их употребления или предотвращение вредных последствий употребления или зависимости были сформулированы в Европейских стандартах качества профилактики употребления

наркотиков (European Drug Prevention Quality Standards: a Manual for Prevention Professionals. EMCDDA, 2011; European Drug Prevention Quality Standards: a Quick Guide. EMCDDA; далее – Стандарты). В соответствии с методологией Стандартов, оценка эффективности является сложным многокомпонентным процессом, реализация которого должна быть предусмотрена еще до работы с целевой группой (Корчагина Г.А., Фадеева Е.В., 2013; Корчагина Г.А. и соавт., 2014; Фадеева Е.В., 2021б; **Фадеева Е.В., 2026**). Полный цикл реализации профилактических вмешательств в соответствии с предлагаемой методологией Стандартов представлен на рисунке 19.



Рисунок 20 - Этапы программ профилактики употребления наркотиков

Следует отметить, что детальное и предусмотрительное планирование на этапе разработки программы профилактики с учетом оценки потребностей целевой группы (этап 1, рис. 20), оценки финансовых, материально-технических и кадровых ресурсов организации (этап 2, рис. 20) может в дальнейшем стать устойчивой платформой для реализации программы. Не менее важным аспектом является принятие решения о разработке собственной программы профилактики или выбор одной из существующих программ, имеющих научно доказанную эффективность (этап 3, рис. 20), а также разработка дизайна, или плана реализации проекта, учитывающего цель, задачи, временные интервалы, число представителей целевой

группы, сроки завершения и многие другие аспекты, направленные на достижение заявленного результата (этап 4, рис. 20). Подбор специалистов, вовлеченных в реализацию программы профилактики и обладающих достаточными компетенциями, а также возможность их дополнительного обучения являются не менее важным компонентом, влияющим на достижение стойкого положительного эффекта профилактических вмешательств (этап 5, рис. 20). Теоретически на этапе процесса реализации профилактической программы (этап 6, рис. 20) должны осуществляться действия, запланированные на более ранних этапах, однако на практике данный этап часто представляет собой компромисс между соблюдением предварительного дизайна (постоянство) и своевременным реагированием на возникающие новые задачи или препятствия (гибкость).

Переходя к этапу заключительной оценки (этап 7, рис. 20), следует отметить, что на нем должны быть зафиксированы изменения, произошедшие с участниками программы, а проведение этапа заключительной оценки позволит не только осуществить общий анализ реализованных профилактических вмешательств, но и обозначит пути для дальнейших улучшений (этап 8, рис. 20). При проведении заключительной оценки профилактической программы проводится сравнительный анализ заявленных и достигнутых целей, задач и результатов, систематизируется полученная информация. На данном этапе рекомендуется использовать методы статистического анализа, позволяющие аргументированно обосновать выводы об эффективности участия представителей целевых групп в профилактической программе. При этом сравниваются ключевые критерии, например, частотно-количественные характеристики употребления ПАВ представителями целевой группы до начала участия в программе и после ее завершения. Предполагая возможную устойчивость достигнутых изменений, следует отметить, что даже единичная консультация или один тренинг могут способствовать изменениям у представителей целевой группы, но устойчивые результаты профилактических вмешательств скорее будут достигнуты при проведении нескольких структурированных консультаций или последовательно осуществляемой серии тренингов (Фадеева Е.В., 2021а; Фадеева Е.В., 2021б; Фадеева Е.В., 2026).

Следует учитывать, что соблюдение методологических принципов иногда бывает затруднено из-за отсутствия необходимых финансовых и кадровых ресурсов, однако для повышения эффективности программ профилактики необходимо стремиться к соблюдению стандартных, научно обоснованных критериев оценки (Корчагина Г.А. и соавт., 2014). Рассмотренная в данном разделе методология оценки эффективности дает возможность осуществить системный анализ профилактических мероприятий, их соответствие целям и задачам, срокам реализации, ожидаемым результатам, запланированным расходам, позволяет проанализировать большинство показателей профилактических программ во всем многообразии и внутреннем единстве, выделить в них существенное и выявить прогностические тенденции.

5.2. Эмпирический анализ эффективности профилактических вмешательств, направленных на предотвращение употребления психоактивных веществ

Анализ эффективности профилактических вмешательств был проведен в двух группах выборки: 1) среди медицинских работников женского пола ($n=494$), работающих в организациях по профилям «акушерство-гинекология» ($n=148$) и «психиатрия-наркология» ($n=346$) и 2) среди пациентов женского пола ($n=106$) с проблемным употреблением алкоголя ($n=73$) и других ПАВ, включая наркотики ($n=33$). Методология оценки эффективности профилактических вмешательств включала проведение повторной диагностики в интервале от 10 до 14 месяцев (в среднем ориентировались на долгосрочные периоды оценки эффективности профилактических вмешательств - 12 месяцев) после первичной диагностики и проведенного мотивационного консультирования, направленного на отказ от употребления никотинсодержащей продукции и алкогольных напитков. Графически методология представлена в параграфе 3.1. «Дизайн исследования» (рисунок 5) и в параграфе 3.2. «Организация исследования» (таблица 12).

В соответствии с методологией исследования клинико-психологическая диагностика и следующее за ней мотивационное консультирование начиналось с клинического интервью, которое позволяло создать терапевтический контакт между специалистом и женщиной (медицинским работником или пациентом с

проблемным употреблением ПАВ). В процессе интервью женщинам с проблемным употреблением алкоголя или наркотиков задавались вопросы о ее актуальных жалобах, причинах обращения за медицинской помощью и доминирующих мотивах по отказу от употребления ПАВ. У медицинского работника уточнялась информация, существуют ли в настоящий момент актуальные жалобы на психическое или соматическое здоровье, семейные или профессиональные проблемы, которые напрямую или косвенно могли быть причиной курения или проблемного употребления алкоголя. После проведения краткого клинического интервью продолжительностью не более 5-10 минут женщинам задавался вопрос о их готовности заполнить анкету исследования, в которой будут вопросы, касающиеся ее употребления ПАВ. В случае согласия проводился скрининг с использованием тестов AUDIT-C и ASSIST и оценки психоэмоционального состояния с использованием шкал K-10 и IES-R. В случае отказа женщина информировалась о потенциальных вредных последствиях употребления ПАВ и из исследования она исключалась.

Непосредственно после завершения первичной диагностики и информирования о ее результатах (выраженности психоэмоционального напряжения и уровня риска, связанного с употреблением ПАВ), женщинам задавался вопрос, что они думают о результатах скрининга и тех персональных рисках для здоровья, отношений, профессионального роста и т.д., которые связаны с употреблением ПАВ. Данные вопросы предварили начало мотивационного консультирования, проводимого в соответствии с транстеоретической моделью изменения поведения. Для более бесконфликтного начала консультации и формирования личной ответственности за изменение поведения женщинам задавались вопросы о их готовности отказаться от употребления ПАВ; для этого применялся краткий скрининг-тест по оценке мотивации к отказу от употребления ПАВ и тест готовности к изменениям, которые позволяли более точно определить этап (стадию) цикла изменений (по Дж. Прочаска, 2013).

В процессе мотивационного консультирования специалист и женщина совместно анализировали ее персональное отношение к положительным и

отрицательным сторонам употребления ПАВ, а также возможные позитивные и негативные последствия, связанные с отказом от потребления алкоголя и наркотиков, для чего использовался метод «Квадрат Декарта для принятия решений» (Шейна А.Ю., Шумилов Н.С., 2022). Он представляет собой таблицу из четырех утверждений, которые в настоящем исследовании были сформулированы следующим образом: «Укажите: а) плюсы употребления ПАВ; б) минусы употребления ПАВ; в) плюсы отказа от употребления ПАВ; г) минусы отказа от употребления ПАВ». В зависимости от этапа цикла изменений: 1) женщине сообщалась информация о вредных последствиях употребления ПАВ (для этапа сопротивления изменениям); 2) поддерживались мысли о возможных изменениях поведения, ассоциированного с курением или употреблением алкоголя, структурировались ожидаемые изменения (для этапа обдумывания изменений); 3) оказывалась поддержка в укреплении намерения к изменению поведения, связанного с курением или с употреблением алкоголя (для этапа подготовки к изменениям); 4) оказывалась помощь в выборе лучшего из возможных путей действий по изменению образа жизни и в структурировании этих действий (для этапа действий); 5) совместно уточнялись противорецидивные методики или техники, которые женщина будет использовать в случае возникновения влечения к прежним поведенческим моделям, корректировались первоначальные личностно значимые цели по отказу от курения или употребления алкоголя (для этапа сохранения изменений); 6) прорабатывались негативные эмоциональные последствия срыва и проводилась подготовка к возврату в цикл изменений (для этапа срыва (рецидива) (Фадеева Е.В., 2023). В отдельных случаях с женщинами из числа медицинских работников или пациентов с проблемным употреблением ПАВ проводилась повторная сессия мотивационного консультирования. В завершении сессии женщина из числа медицинских работников предупреждалась о том, что через год будет повторная клинико-психологическая диагностика и сессия мотивационного консультирования. Пациенты были проинформированы о том, что через год они смогут получить бесплатную амбулаторную консультацию медицинского психолога.

5.2.1. Результаты оценки эффективности профилактических вмешательств, направленных на предотвращение употребления психоактивных веществ среди медицинских работников

Оценка эффективности проводилась с использованием опросников и шкал, показавших наибольшую результативность на предварительном и основном этапах исследования: шкалы психологического дистресса Кесслера (К-10), шкалы влияния травматического события (IES-R) и скринингового теста ASSIST (вопросы по табаку и алкоголю).

Динамика выраженности проявлений психологического дистресса среди медицинских работников женского пола. Изучение динамики выраженности психологического дистресса с использованием шкалы К-10 показало, что на первичной диагностике у 78,3% медицинских работников не выявлялось признаков психологического дистресса; у 21,7% выявлялись признаки дистресса от среднего до очень высокого уровней. Повторная диагностика, проведенная через год после первичной и мотивационного консультирования, показала, что отсутствие психологического дистресса было характерно для чуть меньшего числа женщин - 77,9%. Признаки дистресса были определены у 22,1% женщин – медицинских работников (таблица 88).

Таблица 88 - Динамика выраженности проявлений психологического дистресса среди обследованных медицинских работников (по среднему баллу шкалы К-10)

Уровень дистресса (по шкале К-10)	год назад		в последние 4 недели	
	n=494 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=494 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах
Низкий (до 20 баллов)	387 (78,3%)	11 [10; 13]	385 (77,9%)	11 [10; 13]
Средний (от 20 до 24 баллов)	63 (12,6%)	20 [20; 21]	60 (12,2%)	20 [20; 22]
Высокий (от 25 до 29 баллов)	12 (2,4%)	26,5 [25; 28,3]	23 (4,7%)	27 [25; 28]
Очень высокий (от 30 баллов)	32 (6,5%)	34 [30,8; 40]	26 (5,3%)	36 [31,3; 39,8]

Примечание: Md [Q1; Q3] – медиана [1 квартиль; 3 квартиль]

Динамика выраженности проявлений посттравматического стрессового расстройства среди медицинских работников женского пола. Изучение динамики выраженности признаков ПТСР с использованием шкалы IES-R

показало, что на первичной диагностике у 91,5% медицинских работников не выявлялось признаков ПТСР; у 8,9% выявлялись признаки ПТСР от отдельных признаков до очень высокого уровня проявлений расстройства. Повторная диагностика, проведенная через год после первичной и мотивационного консультирования, показала, что отсутствие психологического дистресса было характерно для чуть большего числа женщин - 92,5%. Признаки ПТСР были определены у 7,5% женщин – медицинских работников (таблица 89).

Таблица 89 - Динамика выраженности проявлений ПТСР среди обследованных медицинских работников (по среднему баллу шкалы IES-R)

Признаки ПТСР (по шкале IES-R)	год назад		в последние 7 дней	
	n=494 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=494 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах
Норма (от 0 до 23 баллов)	452 (91,5%)	0 [0; 4]	457 (92,5%)	0 [0; 5]
Отдельные признаки (от 24 до 32 баллов)	11 (2,2%)	26 [24,5; 28]	7 (1,4%)	26 [26; 30]
Вероятно наличие (от 33 до 38 баллов)	9 (1,8%)	35 [35; 36]	2 (0,4%)	37 [37; 37]
Тяжелые проявления (от 39 баллов)	22 (4,5%)	44 [44; 53,5]	28 (5,7%)	44,5 [44; 53]

Динамика изменений в употреблении никотинсодержащих изделий среди медицинских работников женского пола. Первичная диагностика уровня риска, связанного с курением, показала, что не курили в течение последних 3 месяцев 339 (68,6%) медицинских работников женского пола, 155 женщин (31,4%) курили с диагностированным уровнем риска: 17 (3,4%) женщин – с низким, 138 (27,9%) – с умеренным. Повторная диагностика уровня риска, связанного с курением, показала следующую динамику: не курили 348 женщин (70,1%), курили с низким риском 2,8%, с умеренным – 58,5% (таблица 90).

Таблица 90 - Оценка динамики риска, связанного с курением, среди обследованных медицинских работников (по среднему баллу теста ASSIST)

Уровень риска (по тесту ASSIST)	год назад		последние 4 недели	
	n=494 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах	n=494 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах
Отсутствие потребления никотинсодержащих изделий за последние 3 месяца	339 (68,6)	*	348 (70,5)	*
Низкий риск (от 0 до 3 баллов)	17 (3,4%)	2 [2; 2]	31 (6,3)	1 [1; 2]
Умеренный риск (от 4 до 26 баллов)	138 (27,9%)	12 [9; 18]	115 (23,3)	15 [13; 18]
Высокий риск (27 баллов и более)	-	-	-	-

Примечание: Md [Q1; Q3] – медиана [1 квартиль; 3 квартиль]; * – неприменимо

Оценка динамики изменения частоты курения проводилась со всеми женщинами, поскольку были женщины (1,6% от общего числа обследованных в динамике), которые при первичной диагностике не курили, а к моменту повторной диагностики начали или возобновили потребление никотинсодержащей продукции; также были женщины, отказавшиеся от курения (1,8% от общего числа обследованных в динамике). Среди куривших в течение последних 12 месяцев (146 женщин из 494 обследованных) не изменили частоту употребления никотинсодержащих изделий 80,1% женщин, стали курить реже – 8,2%, чаще – 11,6%.

Динамика изменений в употреблении алкогольных напитков среди медицинских работников женского пола. Первичная диагностика уровня риска, связанного с употреблением алкоголя, показала, что не употребляли алкоголь в течение последних 3 месяцев 139 женщин (28,1%), 355 женщин (71,9%) употребляли с диагностированным уровнем риска: 325 (65,8%) – с низким, 27 (5,5%) – с умеренным, 3 женщины (0,6%) – с высоким. Повторная диагностика показала, следующую динамику: не употребляли алкоголь в течение последних 3 месяцев 183 женщины (37,0%), 355 женщин (62,9%) употребляли с диагностированным уровнем риска: 290 (58,7%) – с низким, 20 (4,1%) – с умеренным, 1 женщина (0,2%) – с высоким (таблица 91).

Таблица 91 - Оценка динамики риска, связанного с частотно-количественными характеристиками употребляемого алкоголя, среди обследованных медицинских работников (по среднему баллу теста ASSIST)

Уровень риска (по тесту ASSIST)	год назад		последние 4 недели	
	n=494 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=494 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах
Отсутствие потребления алкоголя за последние 3 месяца	139 (37,0)	*	183 (37,0)	*
Низкий риск (от 0 до 10 баллов)	325 (65,8)	2 [2; 3]	290 (58,7)	3 [3; 3]
Умеренный риск (от 11 до 26 баллов)	27 (5,5)	14,8 [14; 17,3]	20 (4,1)	15 [12; 18]
Высокий риск (27 баллов и более)	3 (0,6)	27 [27; 28]	1 (0,2)	27 [27; 27]

Примечание: Md [Q1; Q3] – медиана [1 квартиль; 3 квартиль]; * – неприменимо

Оценка динамики изменения частоты употребления алкоголя проводилась со всеми женщинами, поскольку были женщины (3,4% от общего числа обследованных в динамике), которые при первичной диагностике не употребляли алкоголь, а к моменту повторной диагностики начали или возобновили его употребление; также были женщины, отказавшиеся от его потребления к повторной диагностике (3,0% от общего числа обследованных в динамике). Среди употреблявших алкоголь в течение последних 12 месяцев (358 женщин из 494 обследованных) не изменили частоту его употребления 88,3% женщин, стали употреблять реже – 6,7%, чаще – 5,0%. Неизменным остались объемы употребляемого алкоголя для 93,0% женщин – медицинских работников, стали употреблять в меньших объемах – 3,9%, в больших объемах – 3,1%.

Для женщин - медицинских работников оценка зависимости уровня риска злоупотребления алкоголем (по среднему баллу теста ASSIST) от показателей социально-демографической, социально-психологической и клинико-психологической уязвимости была выполнена с помощью метода линейной регрессии. Наблюдаемая зависимость риска от указанных факторов описывается уравнением линейной регрессии: $Y = 1,318 + 0,095 X \text{ Уровень Дохода} + 0,009 X \text{ Дистресс}$ (таблица 92).

Таблица 92 - Взаимосвязь уровня риска злоупотребления алкоголем с социально-демографическими и клинико-психологическими характеристиками обследованных медицинских работников

R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стандартная ошибка оценки	Статистика изменений				
				Изменение R квадрат	Изменение F	ст.св.1	ст.св.2	Знач. Изменение F
0,257	0,066	0,062	0,53442	0,013	7,046	1	492	0,008
Коэффициенты								
			Нестандартизированные коэффициенты		Стандартизированные коэффициенты		t-критерий Стьюдента	Значимость
			B	Стандартная ошибка	Бета			
(Константа)			1,318	0,069			18,989	0,000
уровень дохода			0,095	0,020	0,213		4,851	0,000
признаки дистресса (K-10)			0,009	0,003	0,117		2,654	0,008

Данные регрессионного анализа позволяют отметить следующее: при увеличении уровня дохода на 1 пункт следует ожидать увеличение баллов по тесту ASSIST на 0,095, при повышении признаков дистресса на 1 балл по шкале K-10 следует ожидать увеличение баллов по тесту ASSIST на 0,009 баллов. Полученная модель объясняет 6,6% наблюдаемой дисперсии.

Помимо изучения качественных показателей, эффективность профилактических мотивационных вмешательств оценивалась также при помощи анализа частоты встречаемости: 1) снижения уровня риска (объема и частоты) употребления алкоголя; 2) снижения уровня риска употребления никотина; 3) стабилизации психоэмоционального состояния – в зависимости от социально-демографических факторов и признаков ПТСР и дистресса. Снижение количества потребляемого алкоголя значимо чаще отмечалось у женщин - медицинских работников, не отмечавших у себя признаков ПТСР ($p \leq 0,001$). Вероятность снижения объема употребления алкоголя по тесту ASSIST для женщин, у которых отсутствовали признаки ПТСР, была выше почти в 7 раз в сравнении с вероятностью для женщин, у которых наблюдались данные признаки (ОШ = 6,8 (95% ДИ: 2,1—21,7; $p \leq 0,001$)) (таблица 93).

Таблица 93 - Снижение объема употребляемого алкоголя и признаки ПТСР

Фактор: признаки ПТСР	Снижение объема употребляемого алкоголя	Другое	p
отсутствие	9 (64,3%)	318 (92,4%)	<0,000
наличие	5 (35,7%)	26 (7,6%)	

Примечание: p – уровень значимости

Снижение частоты употребления алкоголя значимо чаще отмечалось среди женщин - медицинских работников с доходом более 40 тысяч рублей в месяц ($p \leq 0,05$). Вероятность снижения частоты употребления алкоголя по тесту ASSIST для женщин с более высоким уровнем дохода была выше в 2 раза, в сравнении с вероятностью для женщин с более низким доходом (ОШ = 2,3 (95% ДИ: 1,0—5,6; $p \leq 0,05$) (таблица 94).

Таблица 94 - Снижение частоты употребления алкоголя и социально-демографические факторы: уровень дохода

Фактор: уровень дохода	Снижение частоты употребления алкоголя	Другое	p
до 40 тыс. рублей	8 (33,3%)	180 (53,9%)	0,051
более 41 тыс. рублей	16 (66,7%)	154 (46,1%)	

Примечание: p – уровень значимости

Снижение объема употребления алкоголя также чаще отмечалось среди женщин - медицинских работников с доходом более 40 тысяч рублей в месяц на уровне тенденции к статистической значимости ($p = 0,067$) (таблица 95).

Таблица 95 - Снижение объема употребления алкоголя и социально-демографические факторы: уровень дохода

Фактор: уровень дохода	Снижение объема употребляемого алкоголя	Другое	p
до 40 тыс. рублей	4 (28,6%)	184 (53,5%)	0,067
более 41 тыс. рублей	10 (71,74%)	160 (46,5%)	

Примечание: p – уровень значимости

Снижение уровня дистресса значимо чаще отмечалось у женщин с отсутствием или низким риском употребления алкоголя ($p \leq 0,05$). Вероятность снижения уровня дистресса у женщин с отсутствием или низким риском употребления алкоголя была выше в 3 раза, в сравнении с вероятностью для женщин с умеренным или высоким риском потребления (ОШ = 3,1 (95% ДИ: 1,0—9,9; $p \leq 0,05$) (таблица 96).

Таблица 96 - Снижение уровня дистресса и изначальный уровень риска употребления алкоголя

Фактор: уровень риска употребления алкоголя	Снижение уровня дистресса	Другое	p
отсутствие риска и низкий риск	35 (89,7%)	439 (96,5%)	0,040
умеренный и высокий риск	4 (10,3%)	16 (3,5%)	

Примечание: p – уровень значимости

Снижение показателей ПТСР также значимо чаще отмечалось у женщин с отсутствием или низким риском употребления алкоголя ($p \leq 0,05$). Вероятность снижения признаков ПТСР у женщин с отсутствием или низким риском употребления алкоголя была выше почти в 8 раз, в сравнении с вероятностью для женщин с умеренным или высоким риском потребления (ОШ = 8,4 (95% ДИ: 3,0—23,9; $p \leq 0,001$) (таблица 97).

Таблица 97 - Снижение показателей ПТСР и изначальный уровень риска употребления алкоголя

Фактор: уровень риска употребления алкоголя	Снижение показателей ПТСР	Другое	p
отсутствие риска и низкий риск	23 (79,3%)	451 (97,0%)	<0,000
умеренный и высокий риск	6 (20,7%)	14 (3,0%)	

Примечание: p – уровень значимости

Снижение показателей ПТСР чаще отмечалось у женщин с неполным или полным высшим образованием в сравнении с женщинами, получившими образование ниже высшего, на уровне тенденции к статистической значимости ($p = 0,078$) (таблица 98).

Таблица 98 - Снижение показателей ПТСР и социально-демографические факторы: уровень образования

Фактор: уровень образования	Снижение показателей ПТСР	Другое	p
среднее или ниже среднего	12 (41,4%)	270 (58,2%)	0,078
высшее или неполное высшее	17 (58,6%)	195 (41,9%)	

Примечание: p – уровень значимости

5.2.2. Результаты оценки эффективности профилактических вмешательств, направленных на предотвращение употребления психоактивных веществ среди женщин с наркологическими расстройствами

Динамика выраженности проявлений психологического дистресса у женщин с проблемным употреблением алкоголя или других ПАВ. Изучение динамики выраженности психологического дистресса с использованием шкалы К-10 показало, что на первичной диагностике только у 49,1% женщин с проблемным употреблением алкоголя или наркотиков не выявлялось признаков психологического дистресса; у 50,9% выявлялись признаки дистресса от среднего до очень высокого уровней. Повторная диагностика, проведенная через год после первичной и мотивационного консультирования, показала, что отсутствие психологического дистресса было характерно для чуть большего числа женщин - 43,4%. Признаки дистресса были определены у 56,6% женщин с проблемным употреблением ПАВ (таблица 99).

Таблица 99 - Динамика выраженности проявлений психологического дистресса среди обследованных женщин с проблемным употреблением алкоголя или других ПАВ

Уровень дистресса (по шкале К-10)	год назад		в последние 4 недели	
	n=106 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=106 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах
Низкий (до 20 баллов)	52 (49,1%)	12 [10; 16]	46 (43,4%)	14 [11; 16,8]
Средний (от 20 до 24 баллов)	14 (13,2%)	21 [20,3; 21,8]	23(21,7%)	21 [20; 23]
Высокий (от 25 до 29 баллов)	11 (10,4%)	28 [26; 28]	18 (16,9%)	26,5 [25,3; 28,8]
Очень высокий (от 30 баллов)	29 (27,4%)	38 [32; 40]	19 (17,9%)	35 [32,5; 41,5]

Примечание: Md [Q1; Q3] – медиана [1 квартиль; 3 квартиль].

Динамика выраженности признаков посттравматического стрессового расстройства у женщин с проблемным употреблением алкоголя или других ПАВ. Изучение динамики выраженности признаков ПТСР с использованием шкалы IES-R показало, что на первичной диагностике у 66,9% женщин с проблемным употреблением алкоголя или других ПАВ не выявлялось признаков

ПТСР; у 33,0% выявлялись признаки ПТСР от отдельных признаков до очень высокого уровня проявлений расстройства. Повторная диагностика, проведенная через год после первичной и мотивационного консультирования, показала, что отсутствие психологического дистресса было характерно для чуть большего числа женщин - 67,9%. Признаки ПТСР были определены у 32,1% женщин, однако частота тяжелых проявлений ПТСР снизилась с 20,8% до 16,0% (таблица 100).

Таблица 100 - Динамика выраженности проявлений ПТСР среди обследованных женщин с проблемным употреблением алкоголя или других ПАВ

Признаки ПТСР (по шкале IES-R)	год назад		последние 4 недели	
	n=106 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=106 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах
Норма (от 0 до 23 баллов)	71 (66,9)	3 [0; 9]	72 (67,9)	5 [0; 12]
Отдельные признаки (от 24 до 32 баллов)	7 (6,6)	28 [27,5; 30,5]	10 (9,4)	27 [26; 28,8]
Вероятно наличие (от 33 до 38 баллов)	6 (5,7)	33,5 [33; 35,5]	7 (6,6)	35 [33,5; 35,5]
Тяжелые проявления (от 39 баллов)	22 (20,8)	51,5 [44; 60,8]	17 (16,0)	45 [42; 50]

Примечание: Md [Q1; Q3] – медиана [1 квартиль; 3 квартиль].

Динамика изменений в употреблении никотинсодержащей продукции среди женщин с проблемным употреблением алкоголя или других ПАВ. Первичная диагностика уровня риска, связанного с курением, показала, что не употребляли алкоголь в течение последних 3 месяцев 36 женщин (33,9%) с проблемным употреблением алкоголя или наркотиков, 70 женщин (66,0%) курили с диагностированным уровнем риска: 1 (0,9%) женщина – с низким, 69 (65,1%) – с умеренным. Повторная диагностика уровня риска, связанного с курением, показала, следующую динамику: не курила 41 женщина (38,7%), курили с низким риском 2,8%, с умеренным – 58,5% (таблица 101).

Таблица 101 - Оценка динамики риска, связанного с курением, среди обследованных женщин с проблемным употреблением ПАВ (по среднему баллу теста ASSIST)

Уровень риска (по тесту ASSIST)	год назад		последние 4 недели	
	n=106 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах	n=106 (%)	Md [Q1;Q3] в баллах
Отсутствие потребления никотинсодержащих изделий за последние 3 месяца	36 (33,9)	*	41 (38,7)	*
Низкий риск (от 0 до 3 баллов)	1 (0,9)	3 [3; 3]	3 (2,8)	2 [2; 3]
Умеренный риск (от 4 до 26 баллов)	69 (65,1)	15 [12; 18]	62 (58,5)	15,8 [13,3; 18]
Высокий риск (27 баллов и более)	-	-	-	-

Примечание: Md [Q1; Q3] – медиана [1 квартиль; 3 квартиль]; * – неприменимо

Оценка динамики изменения частоты курения проводилась со всеми женщинами, поскольку были женщины (4,7% от общего числа обследованных в динамике), которые при первичной диагностике не курили, а к моменту повторной диагностики начали или возобновили потребление никотинсодержащей продукции; также были женщины, отказавшиеся от курения (2,8% от общего числа обследованных в динамике). Среди куривших в течение последних 12 месяцев (70 женщин из 106 обследованных) не изменили частоту употребления никотинсодержащих изделий 70% женщин, стали курить реже – 22,9%, чаще – 7,1%.

Динамика изменений в употреблении алкогольных напитков среди женщин с проблемным употреблением алкоголя или других ПАВ. Первичная диагностика уровня риска, связанного с употреблением алкоголя, показала, что не употребляли алкоголь в течение последних 3 месяцев 20 женщин с проблемным употреблением алкоголя или наркотиков (18,9%), 86 женщин (81,1%) употребляли с диагностированным уровнем риска: 23 (21,7%) – с низким, 31 (29,3%) – с умеренным, 32 (30,2%) – с высоким. Повторная диагностика уровня риска, связанного с употреблением алкоголя, показала следующую динамику: не употребляли алкоголь в течение последних 3 месяцев 183 женщины (37,0%), 355 женщин (62,9%) употребляли с диагностированным уровнем риска: 290 (58,7%) – с низким, 20 (4,1%) – с умеренным, 1 женщина (0,2%) – с высоким (таблица 102).

Таблица 102 - Оценка динамики риска, связанного с употреблением алкоголя, среди обследованных женщин с проблемным употреблением ПАВ (по среднему баллу теста ASSIST)

Уровень риска (по тесту ASSIST)	год назад		последние 4 недели	
	n=106 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах	n=106 (%)	Md [Q1; Q3] в баллах
Отсутствие употребления алкоголя за последние 3 месяца	20 (18,9)	*	183 (37,0)	*
Низкий риск (от 0 до 10 баллов)	23 (21,7)	5 [2; 7]	290 (58,7)	3 [3; 3]
Умеренный риск (от 11 до 26 баллов)	31 (29,3)	20 [16,5; 23]	20 (4,1)	15 [12; 18]
Высокий риск (27 баллов и более)	32 (30,2)	31 [29; 33]	1 (0,2)	27 [27; 27]

Примечание: Md [Q1; Q3] – медиана [1 квартиль; 3 квартиль]; * – неприменимо.

Оценка динамики изменения частоты употребления алкоголя проводилась со всеми женщинами с проблемным употреблением алкоголя или других ПАВ, поскольку были женщины (7,6% от общего числа обследованных в динамике), которые при первичной диагностике не употребляли алкоголь, а к моменту повторной диагностики начали или возобновили его употребление; также были женщины, отказавшиеся от его употребления к повторной диагностике (3,8% от общего числа обследованных в динамике). Среди употреблявших алкоголь в течение последних 12 месяцев (86 женщины из 106 обследованных) не изменили частоту его употребления 55,8% женщин, стали употреблять реже – 34,9%, чаще – 9,3%. Неизменным остались объемы употребляемого алкоголя для 65,1% женщин с проблемным употреблением алкоголя или других ПАВ, стали употреблять в меньших объемах – 24,4%, в больших объемах – 10,5%.

Для женщин с проблемным употреблением ПАВ оценка зависимости уровня риска злоупотребления алкоголем (по среднему баллу теста ASSIST) от показателей социально-демографической, социально-психологической и клинко-психологической уязвимости была выполнена с помощью метода линейной регрессии. Наблюдаемая зависимость риска от указанных факторов описывается уравнением линейной регрессии: $Y = -13,288 + 0,348 X \text{ Возраст} - 2,922 X \text{ Занятость} + 3,392 X \text{ Размер Населенного Пункта} + 2,442 X \text{ Семейное Положение} + 1,974 X \text{ Дистресс}$ (таблица 103).

Таблица 103 - Взаимосвязь уровня риска злоупотребления алкоголем с социально-демографическими, социально-психологическими и клинико-психологическими характеристиками обследованных женщин с проблемным употреблением ПАВ

R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стандартная ошибка оценки	Статистика изменений				
				Изменение R квадрат	Изменение F	ст.св. 1	ст.св. 2	Знач. изменение F
0,651	0,423	0,392	9,809	0,032	5,046	1	91	,027
Коэффициенты								
		Нестандартизированные коэффициенты		Стандартизированные коэффициенты				
		B	Стандартная ошибка	Бета		t-критерий Стьюдента	Значимость	
(Константа)		-13,288	7,419			-1,791	0,077	
возраст		0,348	0,093	0,318		3,738	<0,000	
занятость		-2,922	0,850	-0,294		-3,437	0,001	
размер населенного пункта		3,392	0,962	0,287		3,527	0,001	
семейное положение		2,442	1,068	0,186		2,287	0,025	
дистресс (К-10)		1,974	0,879	0,184		2,246	0,027	

Данные регрессионного анализа позволяют отметить следующее: при увеличении возраста на 1 год следует ожидать увеличения баллов по тесту ASSIST на 0,348, при повышении уровня занятости на 1 пункт следует ожидать уменьшения баллов по тесту ASSIST на 2,922, при проживании в более развитом населенном пункте следует ожидать увеличения баллов по тесту ASSIST на 3,392, при более благополучном семейном положении следует ожидать увеличения баллов по тесту ASSIST на 2,442, при повышении признаков дистресса на 1 балл по шкале К-10 следует ожидать увеличения баллов по тесту ASSIST на 1,974. Полученная модель объясняет 42,3% наблюдаемой дисперсии.

Оценка зависимости риска возникновения зависимости от никотина (балл по тесту ASSIST) от показателей социально-демографической, социально-психологической и клинико-психологической уязвимости была выполнена с помощью метода линейной регрессии. В регрессионную модель вошли только показатели психологического дистресса. Наблюдаемая зависимость риска от

указанных факторов описывается уравнением линейной регрессии: $Y = 5,000 + 2,306 X$ Дистресс (таблица 104).

Таблица 104 - Взаимосвязь уровня риска злоупотребления никотином с социально-демографическими, социально-психологическими и клинико-психологическими характеристиками обследованных женщин с проблемным употреблением ПАВ

R	R- квадрат	Скорректированны й R-квадрат	Стандарт ная ошибка оценки	Статистика изменений				
				Измене ние R квадра т	Измене ние F	ст.св .1	ст.св .2	Знач. измене ние F
0,335	0,113	0,104	7,501	0,113	13,061	1	103	0,000
Коэффициенты								
		Нестандартизированные коэффициенты		Стандартизированные коэффициенты		t-критерий Стьюдента		Значимость
		B	Стандартная ошибка	Бета				
(Константа)		5,000	1,519			3,293		0,001
дистресс		2,306	0,638	0,335		3,614		<0,000

Данные регрессионного анализа позволяют отметить следующее: при повышении уровня дистресса на 1 пункт следует ожидать увеличения баллов по тесту ASSIST в отношении курения на 2,306. Полученная модель объясняет 11,3% наблюдаемой дисперсии.

Помимо изучения качественных показателей, эффективность вмешательств оценивалась также при помощи анализа частоты встречаемости: 1) снижения уровня употребления алкоголя; 2) снижения уровня употребления никотина; 3) стабилизации психоэмоционального состояния – в зависимости от социально-демографических факторов, признаков ПТСР и дистресса (таблица 105).

Таблица 105 - Снижение количества употребляемого алкоголя и социально-демографические факторы: количество детей

Фактор: количество детей	Снижение употребления алкоголя	Другое	p
отсутствие детей	12 (57,1%)	30 (36,1%)	0,041
один / два ребенка	7 (33,3%)	51 (61,4%)	
3 и более	2 (9,5%)	2 (2,4%)	

Примечание: p – уровень значимости

Снижение количества употребляемого алкоголя значимо чаще отмечалось в бездетных семьях ($p \leq 0,05$). Также снижение употребления алкоголя достоверно чаще отмечалось у женщин с умеренным и высоким риском его употребления ($p \leq 0,001$). Вероятность снижения уровня потребления алкоголя для женщин с умеренным или высоким риском по тесту ASSIST была выше в 7 раз в сравнении с вероятностью для женщин, у которых наблюдалось отсутствие или низкий риск употребления алкоголя (ОШ = 7,0 (95% ДИ: 2,3—22,2; $p \leq 0,001$) (таблица 106).

Таблица 106 - Снижение частоты употребления алкоголя и изначальный уровень риска употребления алкоголя

Фактор: уровень риска употребления алкоголя	Снижение употребления алкоголя	Другое	p
отсутствие риска и низкий риск	4 (13,3%)	39 (52,0%)	<0,000
умеренный и высокий риск	26 (86,7%)	36 (48,0%)	

Примечание: p – уровень значимости

Снижение частоты употребления алкоголя чаще отмечалось среди женщин с доходом менее 40 тысяч рублей в месяц на уровне тенденции к статистической значимости ($p = 0,067$) (таблица 107).

Таблица 107 - Снижение частоты употребления алкоголя и социально-демографические факторы: уровень дохода

Фактор: уровень дохода	Снижение частоты употребления алкоголя	Другое	p
до 40 тыс. рублей	24 (80,0%)	46 (61,3%)	0,067
более 41 тыс. рублей	6 (20,0%)	29 (38,7%)	

Примечание: p – уровень значимости

Снижение употребления никотина значимо чаще отмечалось среди работающих женщин ($p \leq 0,05$). В сравнении с оценкой риска для неработающих женщин, вероятность снижения употребления никотина для работающих женщин была выше в 4 раза (ОШ = 4,1 (95% ДИ: 0,8—18,3; $p \leq 0,05$) (таблица 108).

Таблица 108 - Снижение употребления никотина и социально-демографические факторы: профессиональная занятость

Фактор: профессиональная занятость	Снижение употребления никотина	Другое	p
не работает	2 (38,6%)	32 (38,6%)	0,049
работает	13 (86,7%)	51 (61,4%)	

Примечание: p – уровень значимости

При этом снижение употребления никотина чаще отмечалось среди женщин с доходом менее 40 тысяч рублей в месяц на уровне тенденции к статистической значимости ($p=0,076$) (таблица 109).

Таблица 109 - Снижение употребления никотина и социально-демографические факторы: уровень дохода

Фактор: уровень дохода	Снижение употребления никотина	Другое	p
до 40 тыс. рублей	13 (86,7%)	57 (63,3%)	0,076
более 41 тыс. рублей	2 (13,3%)	33 (36,7%)	

Примечание: p – уровень значимости

Снижение уровня дистресса значимо чаще отмечалось среди женщин с умеренным и высоким риском употребления алкоголя ($p \leq 0,01$). Вероятность снижения уровня дистресса у женщин с умеренным или высоким риском употребления алкоголя была выше почти в 6 раз в сравнении с вероятностью для женщин с отсутствием или низким риском употребления (ОШ = 5,9 (95% ДИ: 1,6—21,4; $p \leq 0,01$)) (таблица 110).

Таблица 110 - Снижение уровня дистресса и изначальный уровень риска употребления алкоголя

Фактор: уровень риска употребления алкоголя	Снижение уровня дистресса	Другое	p
отсутствие риска и низкий риск	3 (13,6%)	40 (48,2%)	0,003
умеренный и высокий риск	19 (86,4%)	43 (51,8%)	

Примечание: p – уровень значимости

Снижение показателей ПТСР чаще отмечалось у женщин, проживающих совместно с семьей до трех человек, в сравнении с женщинами, проживающими в более многочисленных семьях, на уровне тенденции к статистической значимости ($p=0,063$) (таблица 111).

Таблица 111 - Снижение показателей ПТСР и социально-демографические факторы: количество совместно проживающих членов семьи

Фактор: количество совместно проживающих членов семьи	Снижение показателей ПТСР	Другое	p
3 и менее	10 (90,9%)	59 (62,8%)	0,063
4 и более	1 (9,1%)	35 (37,2%)	

Примечание: p – уровень значимости

5.3. Резюме по главе

В главе отражены обобщенные данные теоретико-методологического и эмпирического анализа профилактических вмешательств. В параграфе 5.1 определены основные сложности, препятствующие проведению мероприятий по оценке эффективности или результативности профилактических программ, реализуемых с целевыми группами, различающимися по возрасту, полу, наличию или отсутствию опыта употребления ПАВ; обозначена необходимость разработки единых методологических подходов к реализации программ профилактики и четких критериев оценки; представлены действенные критерии и показатели, позволяющие проводить эффективную оценку превентивных вмешательств.

В параграфе 5.2 представлены методология и результаты эмпирического исследования по оценке долгосрочной эффективности реализованных профилактических мотивационных вмешательств, направленных на отказ от употребления или сокращение частотно-количественных характеристик употребляемых никотинсодержащих продуктов или алкогольных напитков в двух группах выборки: 1) среди медицинских работников женского пола, работающих в организациях по профилям «акушерство-гинекология» и «психиатрия-наркология» (раздел 5.2.1); 2) среди пациентов женского пола с проблемным употреблением алкоголя и других ПАВ (раздел 5.2.2). Представленная в разделах оценка эффективности превентивных вмешательств включала анализ годовой динамики изменений как частотно-количественных характеристик употребляемых ПАВ, так и ведущих психоэмоциональных нарушений, значимо связанных со злоупотреблением ПАВ женщинами репродуктивного возраста.

1) Теоретико-методологический анализ эффективности профилактических вмешательств, направленных на предотвращение употребления ПАВ, позволяет сделать выводы о необходимости соответствия программ профилактики ряду критериев: а) обоснованному выбору объектов профилактического воздействия, которые должны подбираться исходя из определенных характеристик (пол, возраст, наличие общих для выбранной группы критериев уязвимости); б) использованию надежных и валидных психодиагностических инструментов для

количественной и (или) качественной оценки изучаемых психических явлений, связанных с аддиктивным поведением, включая проведение оценки измеряемых характеристик до и после реализации профилактических мероприятий; в) проведению статистического анализа полученных данных, позволяющего подтверждать и обосновывать выводы об изменениях, произошедших с участниками профилактической программы; г) наличию у представителей целевой группы стойких положительных результатов, которые могут быть измерены после завершения их участия в профилактических мероприятиях в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективах; д) наличию по крайней мере одного долгосрочного наблюдения за результатами, подтверждающими эффективность предлагаемого профилактического подхода для представителей целевой группы в течение длительного периода; е) получению положительной оценки не менее двух внешних независимых экспертиз, объективизирующих эффективность результатов профилактической программы.

2) По данным теоретико-методологического анализа выделяются следующие критерии эффективности профилактических вмешательств: а) число представителей целевых групп населения, вовлеченных в программы профилактики употребления ПАВ; б) количество специалистов системы здравоохранения, образования и др., вовлеченных в проведение профилактических мероприятий; в) изменения частотно-количественных характеристик употребляемых ПАВ, произошедшие у представителей целевой группы населения после их участия в профилактических мероприятиях.

3) Для выполнения эмпирического анализа эффективности профилактических вмешательств, направленных на предотвращение употребления ПАВ среди женщин репродуктивного возраста, были применены следующие критерии: а) обоснованный подход к выбору представителей целевых групп из числа медицинских работников и женщин с проблемным употреблением ПАВ; б) использование надежных методов психологической диагностики, направленных на выявление клинико-психологических, социально-психологических и социально-демографических предикторов злоупотребления ПАВ; в) применение

обоснованных методов статистического анализа для выявления значимых переменных, влияющих на изменение аддиктивных поведенческих моделей у представителей целевых групп; г) оценка долгосрочных изменений частотно-количественных характеристик употребляемых никотинсодержащих изделий и алкогольных напитков женщинами, принявшими участие в профилактических вмешательствах по сокращению или отказу от употребления ПАВ.

4) Результаты по оценке эффективности профилактических вмешательств, направленных на предотвращение употребления ПАВ среди медицинских работников, продемонстрировали ограниченные положительные изменения в отношении нарушений психоэмоционального состояния и частотно-количественных характеристик употребляемых никотинсодержащих изделий и алкогольных напитков если рассматривать совокупные данные по выборке. Значимым параметром, влияющим на эффективность отказа от рискованного употребления алкоголя, являлось отсутствие признаков ПТСР: вероятность снижения объема употребления алкоголя по тесту ASSIST для женщин, у которых отсутствовали признаки ПТСР, была выше почти в 7 раз, в сравнении с вероятностью для женщин, у которых наблюдались данные признаки (ОШ = 6,8 (95% ДИ: 2,1—21,7; $p \leq 0,001$). Помимо отсутствия признаков ПТСР на снижение частоты употребления алкоголя влиял высокий уровень дохода: вероятность снижения частоты потребления алкоголя по тесту ASSIST для женщин с более высоким уровнем дохода была выше в 2 раза, в сравнении с вероятностью для женщин с более низким доходом (ОШ = 2,3 (95% ДИ: 1,0—5,6; $p \leq 0,05$). Снижение объема употребления алкоголя также чаще отмечалось у женщин - медицинских работников с доходом более 40 тысяч рублей в месяц на уровне тенденции к статистической значимости ($p=0,067$).

5) Результаты по оценке эффективности профилактических вмешательств, направленных на предотвращение употребления ПАВ среди женщин с проблемным употреблением алкоголя и других ПАВ, показали заметные положительные изменения в отношении сокращения частотно-количественных характеристик употребляемых никотинсодержащих изделий и алкогольных

напитков. Среди параметров, значимо влияющих на снижение употребления никотина, можно отметить актуальный трудовой статус: в сравнении с оценкой риска для неработающих женщин, вероятность снижения употребления никотина для работающих женщин была выше в 4 раза ($ОШ = 4,1$ (95% ДИ: 0,8—18,3; $p \leq 0,05$); однако уровень дохода работающих женщин не должен был быть высоким: снижение употребления никотина на уровне тенденции к статистической значимости чаще отмечалось среди женщин с доходом менее 40 тысяч рублей в месяц ($p = 0,076$). Вероятность снижения уровня употребления алкоголя была выше для женщин с его проблемным употреблением: для женщин с умеренным или высоким риском по тесту ASSIST она была выше в 7 раз, в сравнении вероятностью для женщин, у которых наблюдалось отсутствие или низкий риск употребления алкоголя ($ОШ = 7,0$ (95% ДИ: 2,3—22,2; $p \leq 0,001$).

6) Значимо влияла на изменение поведения, связанного с курением и употреблением алкоголя, среди медицинских работников женского пола их вовлеченность в проведение скрининга и мотивационного консультирования. Из 494 обследованных женщин 33 врача и медицинских психолога, работавших в медицинских организациях ГБУЗ МО «МОКНД» и ГБУЗ НО «НОНД» по профилю «психиатрия-наркология», и 18 врачей и медицинских психологов, работавших в медицинской организации ГБУЗ НО «Дзержинский перинатальный центр» по профилю «акушерство-гинекология» были обучены методу скрининга и мотивационного консультирования, включены в еженедельные супервизии и проводили диагностические и профилактические мотивационные сессии с пациентами своих организаций. Для этих медицинских работников динамика изменений в отношении отказа от употребления никотинсодержащей продукции и алкогольных напитков была наиболее значимой ($p = 0,023$ в отношении курения и $p = 0,047$ в отношении употребления алкоголя).

7) Мотивационное консультирование, проведенное с женщинами с проблемным употреблением алкоголя или наркотиков, в ряде случаев таргетировано было направлено именно на отказ от курения. Для пациентов, проходящих стационарное лечение в медицинской организации по профилю

«психиатрия-наркология» в условиях ограничения доступности алкоголя и наркотиков, отказ от курения являлся одной из доступных поведенческих стратегий по изменению своего поведения по отказу от потребления ПАВ, которая могла быть реализована при консультативной поддержке медицинского психолога или психотерапевта.

ГЛАВА 6. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ГЕНДЕРНО СПЕЦИФИЧНОЙ МОДЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ЖЕНЩИНАМИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

В рамках диссертационного исследования оценивалось влияние клинико-психологических, социально-психологических и социально-демографических факторы уязвимости к формированию наркологических расстройств. Было доказано, что ряд клинико-психологических и социально-демографических факторов риска употребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста (преимущественно: дистресс и симптомы ПТСР, сочетанное употребление никотинсодержащих изделий и алкоголя, сохраняющееся во время беременности) могут увеличивать риск злоупотребления, а в дальнейшем к повышать регулярность употребления, что в свою очередь приводит к формированию замкнутой системы еще более утяжеляющей predispositional характеристики уязвимости к формированию наркологических расстройств. Графически модель уязвимости к употреблению ПАВ может быть представлена следующим образом (риснок 21).

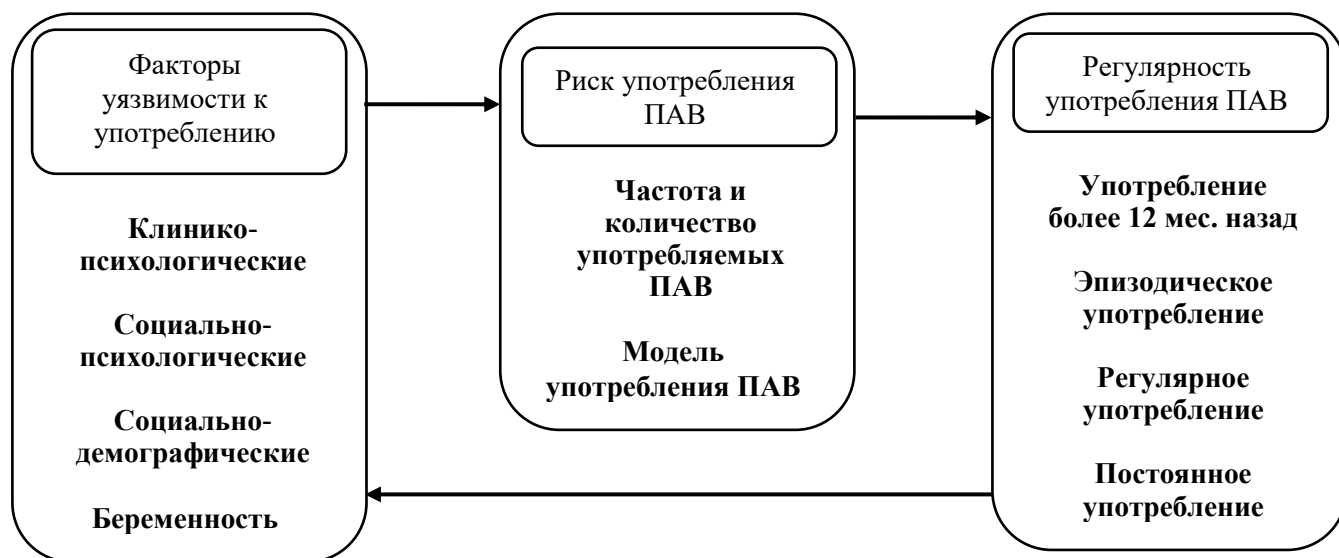


Рисунок 21 - Модель уязвимости к формированию наркологических расстройств у женщин репродуктивного возраста

В группе селективных профилактических вмешательств у женщин-медицинских работников был определен ряд клинико-психологических факторов риска формирования зависимого поведения: (1) дистресс и симптомы ПТСР; (2) сочетанное употребление никотинсодержащих изделий и алкоголя; (3) симптомы аддиктивного поведения: негативные последствия для психического и физического здоровья, профессиональной и семейной жизни, связанные со злоупотреблением никотинсодержащей продукцией и алкогольными напитками, невыполнение обязательств, беспокойность родственников женщины ее курением и употреблением алкоголя, а также безуспешные попытки сократить потребление алкоголя. Из социально-демографических факторов риска были определены: (1) высокий уровень образования и дохода; (3) проживание в крупном населенном пункте, которые традиционно связывают с признаками благополучия и успешности.

В группе индикативных профилактических вмешательств у беременных женщин был определен ряд клинико-психологических факторов риска формирования зависимого поведения: (1) употребление никотина до беременности и употребление алкоголя во время беременности; (2) признаки психологического дистресса и ПТСР у курящих женщин, которые оставались стабильным как до, так и во время беременности; (3) симптомы аддиктивного поведения: беспокойность родственников и близких женщины ее употреблением никотинсодержащих изделий и алкоголя во время беременности, негативные последствия для психического и физического здоровья. Из социально-демографических факторов риска были определены: (1) большое количество совместно проживающих с женщиной членов семьи; (2) большое количество детей; (3) проживание в крупном населенном пункте.

В группе терапевтических и реабилитационных вмешательств у пациентов с проблемным употреблением алкоголя и наркотиков был определен ряд клинико-психологических факторов, прогностически неблагоприятно влияющих на течение наркологического расстройства: (1) дистресс и симптомы ПТСР; (2) сочетанное злоупотребление никотинсодержащими изделиями, алкоголем, седативными и

снотворными препаратами и наркотиками; (3) симптомы аддиктивного поведения: негативные последствия для психического и физического здоровья, профессиональной и семейной жизни, связанные со злоупотреблением никотинсодержащей продукцией, алкогольными напитками и наркотиками, невозможность прекратить их употребление, невыполнение обязательств, беспокойность родственников женщины ее курением и употреблением алкоголя, а также безуспешные попытки сократить потребление алкоголя. Из социально-демографических факторов риска были определены: (1) проживание в крупном населенном пункте; (2) более старший возраст; (3) наличие супружеских отношений; (4) количество детей; (5) профессиональная занятость и высокий уровень дохода. Уровень образования оказывал как прямое, так и обратное влияние на течение наркологического расстройства.

Выделить мишени универсальной, селективной и индикативной первичной профилактики, а также в группе терапевтических и реабилитационных вмешательств, основанные на выявленных факторах риска формирования зависимого поведения и отражающие их иерархические уровни и закономерности, позволило использование методов корреляционного, факторного и регрессионного анализа.

Соответственно, использование методов психологического воздействия на мотивационные и поведенческие мишени в отношении отказа и / или сокращения частоты и количества употребляемых ПАВ позволило не только снизить регулярность употребления ПАВ, но и уменьшило неблагоприятное влияние клинико-психологических, социально-психологических и социально-демографических факторов риска формирования наркологических расстройств. Использованные диагностические и профилактические методы: скрининг, пассивное и активное информирование, мотивационное консультирование, проводимые в отношении женщины с рискованным употреблением ПАВ, а также непосредственная вовлеченность женщины-медицинского работника в превентивную работу, позволили «разомкнуть» циклически замкнутую модель, представленную на рисунке 22.

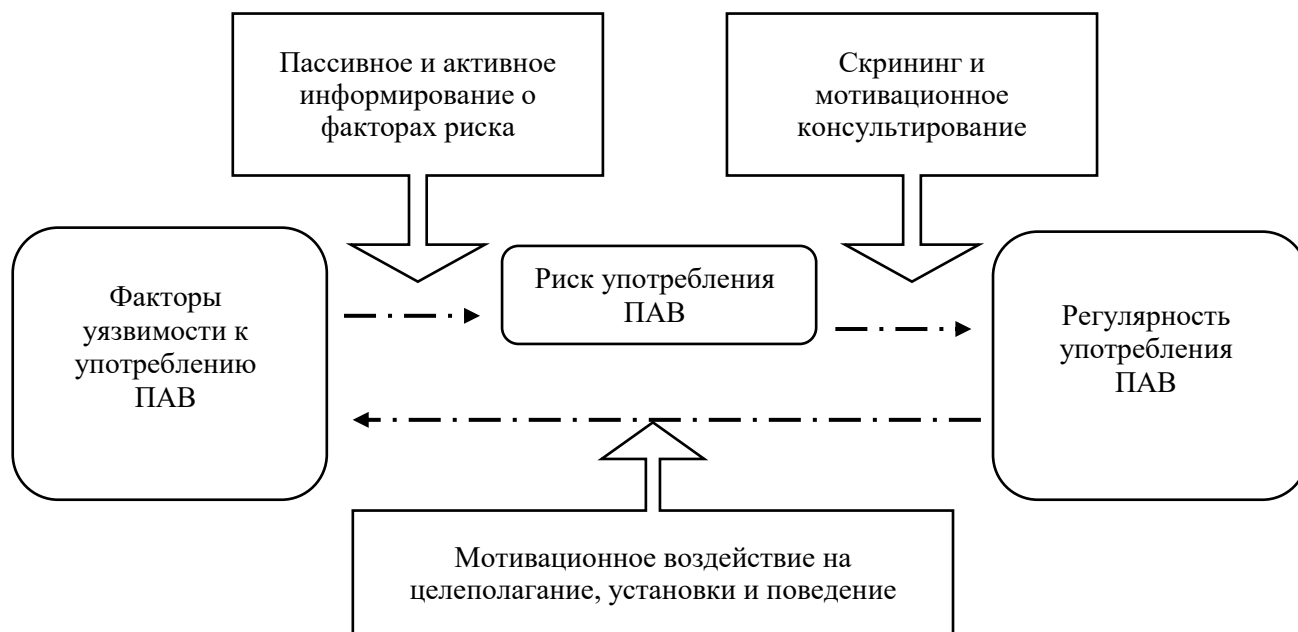


Рисунок 22 - Системная модель психологической профилактики потребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста

Схематическое представление модели психологической профилактики позволяет рассматривать ее как целостную, открытую, иерархически организованную динамическую систему – систему развития ценностных, смысловых и мотивационных компонентов личности, а также преодоления действующих на индивида социально-средовых и индивидуально-личностных предикторов и факторов риска развития аддиктивного поведения. Одним из направлений работы в рамках диссертационного исследования была реализация комплексного организационно-методического подхода к профилактике злоупотребления ПАВ в работе врача акушера-гинеколога с женщинами репродуктивного возраста, включая беременных. Апробация обозначенного подхода включала: а) разработку алгоритма профилактического взаимодействия специалиста с пациентом; б) подготовку образовательных материалов для специалистов и раздаточных информационных материалов для пациента; в) проведение очного двухдневного обучающего тренинга с отработкой практических навыков по проведению скрининга и мотивационного консультирования в мини-группах; г) осуществление регулярных очных и дистанционных супервизий для специалистов, проводящих скрининг и мотивационное консультирование с

использованием видеосвязи, позволило внедрить и оптимизировать диагностические и профилактические мероприятия с пациентами в условиях приема специалиста, имевших большую эффективность, чем методы пассивного и активного информирования. Значимо влияла на изменение поведения, связанного с курением и употреблением алкоголя, среди медицинских работников женского пола их вовлеченность в проведение скрининга и мотивационного консультирования ($p=0,023$ в отношении курения и $p=0,047$ в отношении употребления алкоголя).

В отношении продолжительности программ профилактики проблемного употребления алкоголя и наркотиков, включающих проведение от двух до пяти сессий мотивационного консультирования или мотивационной психотерапии, были получены результаты, что продолжительность терапевтических и реабилитационных вмешательств оказывает положительное влияние на изменение аддиктивного поведения: уже ко второй сессии пациенты демонстрировали более высокий уровень уверенности в своих действиях и в благоприятном результате лечения ($p \leq 0,05$), наблюдалась положительная динамика и в отношении стабилизации психоэмоционального состояния по субшкалам «Депрессия», «Тревога» и «Стресс» шкалы DASS-21 ($p \leq 0,01$). При этом, несмотря на выявленную корреляцию между показателем «Действие» (по шкале Socrates) и оценкой самоэффективности (по шкале GSE) ($r=0,305$, $p \leq 0,05$), сила данной связи становилась слабее ко второй и третьей встречам с пациентами, что может говорить о постепенном осознании недостаточности совершаемых действий в отношении выздоровления для ощущения собственной эффективности. Обратная тенденция отмечалась при выявлении взаимосвязей между показателем «Действие» (по шкале Socrates) и признаками депрессии ($r=-0,350$, $p \leq 0,05$), тревоги ($r=-0,452$, $p \leq 0,01$) и стресса ($r=-0,410$, $p \leq 0,01$) (по шкале DASS-21): сила связи и уровень значимости на третьей встрече проведения мотивационного консультирования были выше, чем на раннем и восстановительном этапах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на десятилетия интенсивного изучения, причины и условия развития болезней зависимости от ПАВ остаются недостаточно ясными, а диагностика возможна только на развернутой стадии, что делает профилактику наркологических заболеваний особенно перспективным направлением теоретических и практических исследований. Объективно наркологические расстройства более распространены среди мужчин, чем среди женщин, и хотя гендерный разрыв сокращается, становится очевидной необходимость персонализированного подхода к оценке потенциальных рисков формирования никотиновой, алкогольной и наркотической зависимости, к эффективной и комплексной реализации методов раннего выявления злоупотребления ПАВ, профилактике, лечению и реабилитации для лиц обоего пола.

Оценка вариативной распространенности курения и употребления алкоголя среди женщин репродуктивного возраста показала достаточно высокий уровень злоупотребления ими даже среди беременных женщин, подтвержденный данными скрининговых, клинических и лабораторных исследований, что обосновало высокую актуальность разработки гендерно специфичных программ профилактики аддиктивного поведения на донозологическом уровне употребления ПАВ.

Обозначенная актуальность разработки гендерно специфичных подходов объясняется тем, что вред от употребления ПАВ неравномерно затрагивает представителей различных групп населения и в большей степени негативно влияет на социально-экономическое положение, психическое и физическое здоровье наиболее уязвимых членов общества. К одним из ведущих факторов социальной уязвимости относят ряд гендерных и возрастных характеристик, таких как *женский пол*, детский, подростковый и пожилой возраст, что требует большего внимания к методологии и алгоритмам реализации программ профилактики именно в обозначенных социально-демографических группах. Помимо факторов социальной уязвимости в отношении потенциальных предпосылок к первым прогам наркотических веществ и злоупотреблению алкоголем именно женщины

испытывают на себе значительное социальное давление, подвергаясь большей стигматизации и дискриминации в случае наличия наркологического заболевания, избегая обращаться за специализированной помощью.

Говоря о нейробиологических, этиологических и патогенетических предпосылках особой уязвимости женщин к формированию наркологических расстройств, следует отметить то, что женщины традиционно начинают употреблять ПАВ в более позднем возрасте, но быстрее переходят от употребления к зависимости. Характер коморбидности также различается у мужчин и у женщин: у мужчин чаще наблюдается зависимость от нескольких ПАВ, тогда как у женщин, как правило, чаще наблюдаются психоэмоциональные расстройства и расстройства пищевого поведения в дополнение к алкогольной зависимости или зависимости от других ПАВ.

Все перечисленные особенности указывают на необходимость разработки и реализации специфических по полу и возрасту подходов к профилактике и лечению наркологических расстройств. Адресная профилактика и ранняя диагностика факторов риска, влияющих на начало употребления ПАВ, позволят не только предотвратить медико-социальные проблемы, связанные с их употреблением, для здоровья самого потребителя, но и оказать влияние на социально-психологическое благополучие членов его семьи и общества в целом. Особый акцент в гендерно специфичных программах профилактики проблемного употребления ПАВ может быть уделен полному отказу или сокращению употребления никотинсодержащих изделий и алкоголя, и нулевой толерантности к употреблению наркотиков.

ВЫВОДЫ

1. Проведенный теоретико-методологический анализ состояния проблемы психологической профилактики потребления ПАВ среди женщин репродуктивного возраста, позволяет утверждать, что данная группа населения характеризуется наличием специфических преддиспозиционных факторов клинико-психологической, социально-психологической и социально-демографической уязвимости, обуславливающих причинно-следственные связи и их предполагаемую роль в отношении факторов риска возникновения и течения наркологических заболеваний, а также эффективности лечения. Именно эти взаимосвязанные с полом факторы риска являются мишенями таргетированной превенции и определяют необходимость осуществления гендерно специфичных подходов к профилактике зависимого поведения на универсальном, селективном и индикативном уровнях, а также на уровне реализации терапевтических и реабилитационных вмешательств.

2. Структурно-содержательный анализ иерархических уровней и клинических закономерностей формирования зависимого поведения, позволяет выделить основные группы превентивных вмешательств на универсальном, селективном и индикативном уровнях, а также на уровне терапевтических и реабилитационных вмешательств на основании определяемых у субъектов профилактики факторов клинико-психологической, социально-психологической и социально-демографической уязвимости, а также с учетом клинических признаков наркологических расстройств и частотно-количественных характеристик потребляемых ПАВ.

3. Системный подход к профилактике потребления ПАВ среди различных групп населения, включая женщин репродуктивного возраста и беременных женщин, обоснован феноменологией превентивного пространства как открытого социального конструкта: с одной стороны - иерархически структурированного, а с другой стороны – динамически изменяющегося под воздействием протективных факторов и факторов клинико-психологической, социально-психологической и социально-демографической уязвимости субъектов профилактики, а также с

учетом имеющихся клинических признаков наркологических расстройств и частотно-количественных характеристик потребляемых ПАВ.

4. Апробированный комплекс методов скрининговой, клинико-психологической и лабораторной диагностики, направленный на определение частотно-количественных характеристик и общей распространенности проблемного употребления ПАВ среди отдельных групп женского населения, позволяет использовать представленную методологию не только в качестве алгоритма диагностики, но и как инструмент оценки эффективности проведенных профилактических вмешательств. Оценка динамических изменений факторов клинико-психологической, социально-психологической и социально-демографической уязвимости, а также частотно-количественных характеристик потребляемых женщинами ПАВ, позволяет использовать их в качестве критериев оценки, обеспечивая надежность и объективность психодиагностической и психокоррекционной работы в области профилактики зависимого поведения.

5. Релевантное изучение клинико-психологических, социально-психологических и социально-демографических факторов уязвимости, специфичных для женщин репродуктивного возраста, включая беременных, позволило выделить значимые предикторы формирования зависимого поведения. Среди наиболее значимых факторов риска, подтвержденных результатами корреляционного и факторного анализа, был определен доказанный вклад психоэмоциональных нарушений в формирование аддиктивной патологии у женщин; соответственно они же и являлись основными мишенями и критериями оценки реализации превентивных вмешательств. Положительная динамика в изменении выраженности уровня психологического дистресса и симптоматики ПТСР были взаимосвязаны с сокращением частотно-количественных характеристик потребляемых ПАВ и являлись доказанным критерием оценки эффективности гендерно специфичных программ профилактики аддиктивного поведения.

6. Среди социально-психологических феноменов наиболее часто сильная мотивация к изменению подведения, связанного с проблемным употреблением

ПАВ, была определена у женщин с клиническими признаками зависимости, тогда как среди женщин репродуктивного возраста с доклиническими признаками злоупотребления ПАВ мотивация к участию в профилактических вмешательствах в большинстве случаев была низкая. Среди социально-демографических предикторов злоупотребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста были выявлены значимые взаимосвязи злоупотребления ПАВ с возрастом, уровнем образования и дохода, профессиональным и семейным статусом.

7. Апробация единых алгоритмов диагностики, превенции и оценки профилактических вмешательств, продемонстрировали эффективность системного и комплексного подхода к воздействию на гендерно специфичные факторы риска формирования зависимого поведения. Системная модель психологической профилактики была представлена в единстве, целостности и динамичном взаимодействии всех ее научно-обоснованных компонентов, включая оценку изменений влияния социальной среды и профессиональных компетенций на аддиктивное поведение.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Оценка вариативной распространенности курения и употребления алкоголя женщинами репродуктивного возраста продемонстрировала достаточно высокий уровень злоупотребления ими даже среди беременных женщин, подтвержденный данными скрининговых, клинических и лабораторных исследований, что обосновало высокую актуальность разработки гендерно специфичных программ профилактики аддиктивного поведения на донозологическом уровне употребления ПАВ.

Использование скрининговых инструментов в отношении выявления уровней риска проблемного употребления ПАВ помогает определить не только признаки злоупотребления в частотно-количественном эквиваленте, модели проблемного употребления или наличие клинических признаков зависимого поведения, но и позволяет выбрать наиболее действенные профилактические подходы - от активного информирования о персонализированных рисках для здоровья обследованной женщины до проведения расширенной сессии мотивационных вмешательств по укреплению целеполагания к отказу от курения или употребления алкогольных напитков.

Одним из критериев эффективности реализуемых скрининговых и диагностических мероприятий с женщинами репродуктивного возраста являлась положительная динамика по сокращению частотно-количественных характеристик употребляемых ПАВ и отказу от их употребления, наблюдаемая среди медицинских работников, вовлеченных в реализацию превентивных вмешательств, что указывает на влияние деятельностного подхода в фокусе профилактического пространства.

Обнаруживаемая во всех группах профилактических вмешательств значимая связь курения и употребления алкоголя позволяет аргументированно усиливать меры профилактики в отношении обоих видов обозначенных ПАВ. В частности, меры превентивных вмешательств по отказу от употребления никотинсодержащих изделий у женщин, планирующих беременность, позволят сократить злоупотребление алкоголем во время беременности более чем в шесть раз.

Воздействие на государственном, федеральном уровнях и на уровне субъектов Российской Федерации, подкрепленное соответствующими социальными мерами на такие социально-демографические характеристики населения, как уровень образования, трудовой статус, уровень дохода в семье, носящие предрасполагающий характер в отношении аддиктивного поведения, позволяет снижать их вклад в патогенез пагубного (с вредными последствиями) употребления ПАВ и зависимости от них.

Разработка системной модели психологической профилактики употребления ПАВ женщинами репродуктивного возраста, включая беременных и женщин, планирующих беременность, может послужить основой стандартов первичной профилактики как единого алгоритма межведомственного взаимодействия организаций, подведомственных Министерству здравоохранения, Министерству просвещения, Министерству труда и т.д. Подкрепленные соответствующим нормативно-правовым регулированием стандарты профилактики употребления ПАВ среди женщин как одной из уязвимых в отношении развития наркологических заболеваний группы населения, и предложенные для реализации в практической деятельности медицинских, образовательных и социально ориентированных организаций, а также в профессиональных сообществах, позволят осуществлять наиболее эффективные превентивные вмешательства, направленные на предупреждение и снижение употребления табачных изделий, алкогольных напитков или иных ПАВ.

Список литературы

1. Агеева У.Ю. Акушерские аспекты перинатальных потерь: учебное пособие / У.Ю. Агеева, Е.В. Бем, В.В. Ветров, М.А. Вьюгов, С.Н. Гайдуков, С.В. Гречаный и соавт. // Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург. - 2025. - 504 с.
2. Агibalова Т.В. Комплаенс-психотерапия больных алкогольной зависимостью / Агibalова Т.В., Голощапов И.В., Рычкова О.В. // Наркология. - 2010. - Т. 9. - № 3 (99). - С. 70-76.
3. Агibalова Т.В. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости от алкоголя: Клинические рекомендации. Пересмотр 2022 года / Т.В. Агibalова, О.Ж. Бузик, М.А. Винникова и др. // Наркология. – 2022. – Т. 21. - № 4. – С. 3-21.
4. Агibalова Т.В. Обзор факторов, влияющих на формирование ремиссии у наркологических больных / Т.В. Агibalова, В.Н. Нобатова, О.Д. Тучина и др. // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. - 2023. - Т. 31. № 1. - С. 155–163.
5. Адамова Т.В. Оценка эффективности программы «12 шагов» сообщества «Анонимные Алкоголики» с учетом гендерных особенностей / Т.В. Адамова, Т.В. Клименко // Вопросы наркологии. - 2019. - № 10 (181). - С. 20-32.
6. Акушерство: национальное руководство // Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - Серия «Национальные руководства». - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1088 с.
7. Альтшулер В.Б. Женский алкоголизм. В книге: Лекции по наркологии. - 2-е изд. / Под ред. Н.Н. Иванца. В.Б. / Альтшулер - М.: «Нолидж». - 2000. - С. 116-134.
8. Альтшулер В.Б. Женский алкоголизм: клинические аспекты / В.Б. Альтшулер, Н.Н. Иванец, С.Л. Кравченко. - М.: Гениус, 2006. - 216 с.
9. Альтшулер В.Б. Гендерные аспекты наркологических заболеваний Наркология. Национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. - 2-е изд., перераб. и доп. / В.Б. Альтшулер, С.О. Мохначев, С.Л. Кравченко // Серия «Национальные руководства». М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - С. 458-468.
10. Анонимные алкоголики (4-е изд.). Пер. с английского. – Нью-Йорк: Alcoholics Anonymous World Services, Inc; Фонд «Единство», 2013 – 192 с.
11. Арзуманов Ю.Л. Функциональные нарушения у детей, родившихся от матерей с героиновой наркоманией / Ю.Л. Арзуманов, В.Б. Васечкин, А.А. Абакумова // Наука и мир. - 2014. - Т. 3. - № 2 (6). - С. 116–118.
12. Аршинова В.В. Модель системы, ответственной за качество профилактики аддиктивного поведения в сфере образования / В.В. Аршинова // Психологическая наука и образование. - 2011. - № 4. - С. 30-40.
13. Аршинова В.В. Профилактика наркологических заболеваний в акушерско-гинекологической практике России / В.В. Аршинова, Е.А. Брюн, Е.А. Кошкина, У.В. Валькова // Наркология. - 2016. - Т.15. - № 5 (173). - С. 84-89.

14. Аршинова В.В. Системная профилактика зависимого поведения / В.В. Аршинова // Монография / Москва, - 2012.
15. Асмолов А.Г. Психология личности. Культурно-историческое понимание развития человека / А.Г. Асмолов // Учебник / Сер. Психология для студентов. (6-е издание, стереотипное) Москва, 2023. – 448 с.
16. Балашова Т.Н. Социально-психологический анализ представлений о вреде употребления алкоголя во время беременности / Т.Н. Балашова, Е.Н. Волкова, Г.Л. Исурина, М.С. Печенежская, Л.В. Скитневская, Л.А. Цветкова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2015. - Т. 23. - № 3. - С. 35-41.
17. Балашова Т.Н. Фетальный алкогольный синдром / Т.Н. Балашова, Е.Н. Волкова, Г.Л. Исурина, А.Б. Пальчик, Л.А. Цветкова, В.А. Шапкайц // СПб.: «СПбГУ», - 2012. – 52 с.
18. Берталанти Л. фон. История и статус общей теории систем / Л. фон Берталанти // В кн.: Системные исследования. Методологические проблемы. Ежегодник. — М.: «Наука», 1973. - С. 20-37.
19. Бойцов С.А. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения: Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 26 октября 2017 г. №869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» / С.А. Бойцов, О.М. Драпкина, А.М. Калинина и др. - М., 2017. - 162 с.
20. Бондарь И.В. Анализ информационных запросов о влиянии употребления наркотиков до и во время беременности на здоровье детей / И.В. Бондарь, А.В. Надеждин, Е.Ю. Тетенова, В.Б. Чумичева // Медицина. - 2014. - Т. 2. - № 4 (8). - С. 53-58.
21. Борьба с НИЗ: решения, оптимальные по затратам, и другие рекомендуемые мероприятия по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними // Всемирная организация здравоохранения. - 2017. - 25 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259464>.
22. Бохан Н.А. Особенности формирования алкоголизма и алкогольных психозов у коренного населения республики Тыва / Н.А. Бохан. – Томск, 2015.
23. Братусь Б.С. К истории психологического изучения душевной патологии / Б.С. Братусь // Развитие личности. - 2018. - № 3. - С. 99-109.
24. Брюн Е.А. Профилактика употребления психоактивных веществ: от рождения к молодости / Е.А. Брюн, Е.А. Кошкина, Е.И. Сокольчик, В.В. Аршинова, С.Г. Копоров, Е.Г. Деменко, А.О. Алексеенко, А.П. Есакова, М.С. Застрожин, О.В. Зыков, М.Н. Кайдашева, С.В. Сафонцева, И.Е. Шведова, Е.В. Шилкина, Н.В. Финкель, Д.С. Катюрина, С.В. Никитина, М.А. Матвеенок // Методические рекомендации №29 / Сер. Межведомственное взаимодействие в профилактике наркомании в детской, подростковой, молодежной среде. – Москва. - 2017. - 25 с.
25. Брюн Е.А. Профилактика употребления психоактивных веществ беременной женщины и плода / Е.А. Брюн, Е.А. Кошкина, Е.И. Сокольчик, В.В.

Аршинова, С.Г. Копоров, Е.Г. Деменко, А.О. Алексеенко, А.П. Есакова, М.С. Застрожин, О.В. Зыков, М.Н. Кайдашева, С.В. Сафонцева, И.Е. Шведова, Е.В. Шилкина, Н.В. Финкель, Д.С. Катюрина, С.В. Никитина, М.А. Матвеенок // Методические рекомендации №32 / Сер. Межведомственное взаимодействие в профилактике наркомании в детской, подростковой, молодежной среде. – Москва. – 2017. – 25 с.

26. Брюн Е.А. Факторы, влияющие на длительность ремиссии у пациентов с наркологическими расстройствами / Е.А. Брюн, В.В. Аршинова, О.И. Гусева, Е.А. Кошкина, У.В. Валькова, М.С. Смирновская, А.А. Круглых // Наркология. – 2018. – Т. 17. – № 4. – С. 41-50.

27. Бузина Т.С. Динамика жизнестойкости старших подростков в программе профилактики употребления алкоголя / Т.С. Бузина, Я.В. Колпаков, Ю.В. Волчкова // Вопросы наркологии. – 2018. – № 6 (166). – С. 44-45.

28. Булыжники и Розы: практическое пособие по работе с группами девушек // WOCAD (Women's Organizations' Committee on Alcohol and Drugs - Комитет Женских Организаций по проблемам, связанным с алкоголем и наркотиками, Швеция); РОБО «ЦПН». - Санкт-Петербург, 2019. - 60 с.

29. Бурина Е.А. Исследование взаимосвязи психологических факторов и употребления алкоголя женщинами детородного возраста / Е.А. Бурина, И.В. Грандильевская // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2015. – Т. 8. – № 4. – С. 108-112.

30. Бурина Е.А. Психологические аспекты профилактики фетального алкогольного синдрома у беременных женщин репродуктивного возраста / Е.А. Бурина, А.Ю. Марьян // Acta Biomedica Scientifica. – 2018. – Т. 3. – № 3. – С. 149-154

31. Вассерман Л.И. Биопсихосоциальная парадигма в сфере здоровья личности и интеграционные процессы в медицинской психодиагностике / Л.И. Вассерман, Е.А. Никифорова, Д.Н. Чугунов // В книге: Ананьевские чтения - 2021. Материалы международной научной конференции. Под общей редакцией А.В. Шаболтас. Отв. ред. В.И. Прусаков. Санкт-Петербург, - 2021. – С. 91-92.

32. Вепренцова С.Ю. Роль старших подростков в эффективности первичной профилактики употребления младшими подростками психоактивных веществ / С.Ю. Вепренцова, Д.А. Донцов // Социальная психология и общество. - 2012. – № 4. – С. 74-84.

33. Винникова М.А. Расстройства вследствие употребления никотина. Наркология. Национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. — 3-е изд., перераб. и доп. / М.А. Винникова, В.В. Северцев. — Серия «Национальные руководства». М.: ГЭОТАР-Медиа, 2024. — С. 374-384.

34. Винникова М.А. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Алкогольное абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя): Клинические рекомендации. Пересмотр 2022 года / М.А. Винникова, А.Ю. Ненастьева, С.И. Уткин и др. // Наркология. – 2022. – Т. 21. – № 2. – С. 3-13.

35. Волкова Е.А. Личностные особенности гемблеров и наркозависимых / Е.А. Волкова, А.Ю. Егоров // Наркология. 2007. Т. 6. № 4 (64). С. 39-43.

36. Воробьева Т.В. Профилактика зависимости от психоактивных веществ. Руководство по разработке и внедрению программ формирования жизненных навыков у подростков группы риска / Т.В. Воробьева, А.В. Ялтонская // М.: УНП ООН, 2008. - 70 с.

37. Вышинский К.В. Скрининг и профилактическое консультирование по поводу употребления алкоголя в первичном звене здравоохранения (по материалам совещания ВОЗ) / К.В. Вышинский, Е.В. Фадеева // Вопросы наркологии. 2016. № 7-8. С. 89-94.

38. Вышинский К.В. Скрининг и краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя: перспективы реализации в учреждениях медико-санитарной помощи / Вышинский К.В. // Вопросы наркологии. - 2017. - № 6 (154). - С. 43-44.

39. Гамбарян М.Г. Вся правда об электронных сигаретах: российская реальность. Часть I. Электронные сигареты — угроза для людей и антитабачной политики в России. Актуальность правового регулирования / М.Г. Гамбарян // Профилактическая медицина. – 2019. – Т. 22. – № 5. – С. 7-15.

40. Гантман А.А. Концепция здорового старения на работе (тематический обзор) / А.А. Гантман, Ю.Ю. Горблянский, Е.П. Конторович, О.П. Понамарева // Медицинский вестник Юга России. – 2022. – Т. 13. – № 4. – С. 5-13.

41. Гиль А.Ю. Изменения особенностей потребления алкоголя в Российской Федерации в первые месяцы пандемии COVID-19 / А.Ю. Гиль, К.В. Вышинский, Е.В. Фадеева, Р.А. Хальфин // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2021. - № 5-6. - С. 63-73.

42. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака: Краткий обзор, 2016 г. - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/036/485/original/GATS-краткий_отчет-рус.pdf?1511269867

43. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS) - Российская Федерация, 2016 гг. информационный бюллетень. Всемирная организация здравоохранения. 2017. - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://www.who.int/europe/ru/publications/m/item/global-adult-tobacco-survey-russian-federation-2016--factsheet>

44. Гофман А.Г. О сочетании депрессивных расстройств с зависимостью от алкоголя / А.Г. Гофман, П.А. Понизовский // Вопросы наркологии. – 2017. - № 4-5. – С. 103-112.

45. Гречаная Т.Б. Раннее выявление и оказание эффективной помощи при злоупотреблении алкоголем: международные подходы и перспективы их применения в российской практике / Т.Б. Гречаная; Под ред. Е.А. Савостиной. АНО «Совет по вопросам управления и развития». - М.: ООО «Акварель», 2014. – 184 с.

46. Гречаный С.В. Особенности постнатального периода у новорожденных с героиновым абстинентным синдромом / С.В. Гречаный, Е.В. Кожадей // Вестник Санкт-Петербургского университета. - Медицина. - 2017. - Т. 12. - № 3. - С. 225–234.

47. Гурин И.В. Факторы, способствующие стигматизации лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях / И.В. Гурин, Н.М. Захарова // Психология и право. - 2017. – Т. 7. - № 3. - С. 56-70.

48. Гушуленко А.Ю. Психологическая готовность к материнству как фактор здоровьесберегающего поведения беременных женщин / А.Ю. Гушуленко, Е.А. Бурина // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. - 2020. - Т. 8. - С. 5-12.

49. Давыдов В.В. Возрастная и педагогическая психология: учеб. для студентов пед. ин-тов / В.В. Давыдов, Т.В. Драгунова, Л.Б. Ительсон и др.; под ред. А.В. Петровского. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Просвещение, 1979. – 286 с.

50. Дворниченко Л.А. Особенности распространения потребления психоактивных веществ и установки на здоровый образ жизни среди несовершеннолетних в г. Белгороде / Л.А. Дворниченко // Наркология. - 2011. - Т. 10. - № 9 (117). - С. 48-51.

51. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2016 год. Организация объединенных наций, Вена. – 2017. – 141 с. - [Электронный ресурс]. - Режим доступа: URL: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/Russian/AR2016_R_ebook.pdf

52. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2022 год. Организация объединенных наций, Вена. – 2023. – [Электронный ресурс]. - Режим доступа: URL: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2022/Annual_Report/E_INCB_2022_1_rus.pdf

53. Долгушин М.В. Влияние начального периода пандемии COVID-19 на психическое здоровье беременных женщин Нижегородской области / М.В. Долгушин, А.С. Асанкина, Н.В. Селезнева, Е.В. Фадеева, К.В. Вышинский // Психиатрия. – 2022. - Т. 20. - № S3(2). – С. 83-85

54. Драпкина О.М. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации / О.М. Драпкина, А.В. Концевая, А.М. Калинина и др. // Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022. – Т. 21. – № 4. – 282 с.

55. Драпкина О.М. Распространенность и динамика курения в России по данным исследования ЭССЕ-РФ / О.М. Драпкина, С.А. Максимов, С.А. Шальнова, Ю.А. Баланова, А.Э. Имаева, В.А. Куценко, Г.А. Муромцева, М.Б. Котова и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023. Т. 22. № S8. С. 20-29.

56. Дроздова Л.Ю. Современные подходы к мотивационному консультированию с целью коррекции факторов риска и повышения приверженности: обзор литературы / Л.Ю. Дроздова, Е.С. Иванова, О.В. Лищенко // Профилактическая медицина. 2019. – Т. 2. – № 2. – С.101–106.

57. Дудко Т.Н. Особенности виктимизации женщин с алкогольной зависимостью / Т.Н. Дудко, В.Б. Овдиенко, М.А. Чернова // Психическое здоровье. - 2020. - № 11. - С. 46-53.

58. Дудко Т.Н. Уровень психосоциального стресса у женщин с алкогольной зависимостью / Т.Н. Дудко, В.Б. Овдиенко // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. - 2020. - Т. 11. - № 1. - С. 46-56.
59. Зейгарник Б.В. Патопсихология: основы клинической диагностики и практики: учебное пособие. – 2-е изд., перераб и доп. / Б.В. Зейгарник. – М.: ЭКСМО, 2008. – 363 с.
60. Зенцова Н.И. Системная модель психологического этапа реабилитации больных наркоманией: дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.04 // Зенцова Наталья Игоревна; [МГУ им. М.В. Ломоносова]. Москва, 2015
61. Золотарева А.А. Систематический обзор психометрических свойств шкалы депрессии, тревоги и стресса (DASS-21) / А.А. Золотарева // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 2020. – № 2. – С. 26-37.
62. Зуева Л.П. Эпидемиология: учебник / Л.П. Зуева, Р.Х. Яфаев // СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2008 — 752 с.
63. Иванец Н.Н. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ // Психиатрия: национальное руководство / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова; под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - 2-е изд., перераб. и доп. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2022. - С. 521.
64. Иванец В.В. Расстройства вследствие употребления алкоголя и других психоактивных веществ // Психиатрия: национальное руководство / В.В. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина; под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. - 2-е изд., перераб. и доп. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2022.
65. Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения. Алкоголь. – 2022. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
66. Калинина А.Г. Влияние различных алкогольных напитков, употребляемых женщинами репродуктивного возраста, на структуру патологии и здоровье новорожденных. А.Г. Калинина, Л.А. Суркова, И.Г. Забирова, Г.В. Рыбачук // Наркология. – 2012. – Т.3. – N.3. – С.43-51.
67. Карпов А.М. Био-психо-социо-духовная структура лечения пациентов / А.М. Карпов // В сборнике: Био-психо-социо-духовная модель в современном мире: медицина и психология. Материалы I всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Саранск, - 2025. - С. 106-113.
68. Кибитов А.О. Семья пациента с аддиктивными расстройствами как «точка входа» в целевые программы индивидуальной медицинской профилактики для групп высокого генетического риска / А. О. Кибитов // Вопросы наркологии. – 2019. – № 1.– С. 172.
69. Кибитов А.О. Современные представления об этиологии и патогенезе наркологических заболеваний // Наркология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. – А.О. Кибитов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
70. Кибитов А.О. Генетика болезней зависимости от психоактивных веществ // В книге: Наркология. Национальное руководство. – М., 2016. – С. 116-158.

71. Кибитов А.О. Семейнаяотягощенность болезнями зависимости как генетический фактор и генетический популяционный феномен // Наркология. Национальное руководство / А.О. Кибитов, И.П. Анохина; под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. — 3-е изд., перераб. и доп. — (Серия «Национальные руководства») М. ГЭОТАР-Медиа, 2024. — 848 с.

72. Киржанова В.В. Мировые тенденции потребления алкоголя // Наркология. Национальное руководство / В.В. Киржанова; под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. — 3-е изд., перераб. и доп. — (Серия «Национальные руководства»). М. ГЭОТАР-Медиа, 2024. — С.40-49.

73. Киржанова В.В. Состояние и деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2021 году: Аналитический обзор. В.В. Киржанова, Н.И. Григорова, Е.Н. Бобков, В.Н. Киржанов, О.В. Сидорюк – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 2022. – 202 с.

74. Климанова С.Г. Адаптация русскоязычной версии опросника для оценки готовности к изменениям (SOCRATES) / С.Г. Климанова, А.В. Трусова, А.С. Киселев, В.А. Бернцев, Д.И. Громыко, и др. // Консультативная психология и психотерапия. – 2018 – Т. 26. – № 3. – С. 80-104.

75. Клименко Т.В. Влияние пандемии COVID-19 на распространённость и особенности потребления табака, алкоголя и наркотических средств по данным зарубежных и отечественных исследований / Т.В. Клименко, Г.А. Корчагина, Е.В. Фадеева, К.В. Вышинский, Е.М. Амелина // Российский психиатрический журнал. – 2021. - № 5. - С. 83-92.

76. Клименко Т.В. Исследования национального научного центра наркологии в 2016 г.: профилактика и реабилитация / Т.В. Клименко, Г.А. Корчагина, М.А. Габрильянц, К.В. Вышинский, Н.Н. Галева, Т.Н. Дудко, В.В. Киржанова, М.М. Полесская, А.В. Хмелева, Б.П. Целинский, Е.В. Фадеева // Вопросы наркологии. - 2017. - №9. - С. 5-28.

77. Клименко Т.В. Оценка динамики клинико-психопатологических и психосоциальных характеристик пациентов с опиийной зависимостью / Т.В. Клименко, А.А. Козлов, С.А. Игумнов, Э.П. Станько // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2016. – № 2. – С37. – [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru>.

78. Клименко Т.В. Социальное функционирование больных с зависимостью от нескольких психоактивных веществ в период становления ремиссии: обзор литературы / Т.В. Клименко, С.А. Игумнов, А.С. Лобачева, С.М. Шахова // Вопросы наркологии. – 2019. – № 10. – С. 33-40.

79. Клименко Т.В. Совершенствование взаимодействия учреждений первичного звена здравоохранения и наркологической службы для оказания помощи пациентам с рискованным, пагубным употреблением или зависимостью от алкоголя или других психоактивных веществ / Т.В. Клименко, Г.А. Корчагина, Е.В. Фадеева, Т.Б. Гречаная, К.В. Вышинский // Национальное здравоохранение. – 2022. – Т. 3. – №3. – С. 29–40.

80. Кожина Т.А. Особенности формирования и течения алкоголизма у лиц с различными характерологическими акцентуациями и личностными

расстройствами / Т.А. Кожина // Социальная и клиническая психиатрия. - 2018. - Т. 28. - № 3. - С. 46-55.

81. Корольков А.И. Роль временной трансформации социально-демографических факторов в генезе синдрома зависимости от алкоголя у женщин / А.И. Корольков, С.Л. Кравченко, Л.Н. Благоев // Наркология. - 2021. - Т. 20. - №6. - С. 38-48.

82. Корчагина Г.А. К вопросу разработки протоколов медико-психологической коррекции групп риска по развитию наркологических заболеваний / Г.А. Корчагина, Е.В. Фадеева, Я.В. Колпаков // Вопросы наркологии. - 2015. - № 4. - С. 41-46.

83. Корчагина Г.А. Научные исследования ННЦ наркологии в 2018 г.: Профилактическая наркология / Г.А. Корчагина, Б.П. Целинский, В.В. Киржанова, Н.А. Должанская, Е.В. Фадеева // Вопросы наркологии. - 2019. - №. 10. - С. 41-67.

84. Корчагина Г.А. Научные исследования Национального научного центра наркологии в 2019 г.: профилактическая наркология / Г.А. Корчагина, Б.П. Целинский, В.В. Киржанова, Н.А. Должанская, Е.В. Фадеева, А.А. Григорьева // Вопросы наркологии. - 2020. - №3 (198). - С. 5-30.

85. Корчагина Г.А. Необходимость внедрения стандартов первичной профилактики потребления психоактивных веществ в Российской Федерации / Г.А. Корчагина, Е.В. Фадеева // Вопросы наркологии. - 2013. - № 6. - С. 220-231.

86. Корчагина Г.А. Организация мероприятий по раннему выявлению случаев употребления психоактивных веществ в образовательных учреждениях: Методические рекомендации: / Г.А. Корчагина, Е.В. Фадеева, Н.И. Зенцова и др. - ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздравсоцразвития России. - М., 2012. - 53 с.

87. Корчагина Г.А. Организация профилактики потребления психоактивных веществ на муниципальном уровне / Г.А. Корчагина, В.Н. Холдин, Е.В. Фадеева // Вопросы наркологии. - 2014. - № 2. - С. 77-87.

88. Корчагина Г.А. Обзор международных рекомендаций по построению эффективной системы профилактики употребления психоактивных веществ / Г.А. Корчагина, Т.Б. Гречаная // Вопросы наркологии. - 2021. - № 3. - С. 19-30.

89. Корчагина Г.А. Порядок организации и осуществления профилактики потребления психоактивных веществ без назначения врача / Г.А. Корчагина, Е.В. Фадеева // Вопросы наркологии. - 2015. - № 3. - С. 107-109.

90. Корчагина Г.А. Распространенность и гендерные особенности употребления препаратов конопли в студенческой среде // Г.А. Корчагина, Е.В. Фадеева, А.Н. Гришина // Вопросы наркологии. - 2012. - № 6. - С. 62-69.

91. Кошкина Е.А. Гендерные особенности динамики заболеваемости наркологическими расстройствами в Москве / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова, М.С. Смирновская, Е.А. Кошкин // Психическое здоровье в меняющемся мире. Сборник тезисов. Электронное издание. Санкт-Петербург. - 2024. - С. 311-312.

92. Кравцова Т.В. Алкогольная аддикция - современное состояние проблемы/ Т.В. Кравцова, Л.П. Великанова // Астраханский медицинский журнал. - 2012. - Т. 7. - № 2. С. - 13-18.

93. Кравченко С.Л. Особенности зависимости от наркотиков у женщин // Наркология. Национальное руководство. Краткое издание / С. Л. Кравченко; Под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – С. 404-411.

94. Кравченко С.Л. Сравнительный анализ изменений социально-демографических характеристик стационарных пациенток с алкогольной зависимостью за 30 лет: 1986-1988 и 2013-2015 / С.Л. Кравченко, А.И. Корольков // Вопросы наркологии. – 2019. – № 1. – С. 53-65.

95. Кравченко С.Л. Анализ роли пенсионного возраста в формировании алкогольной зависимости у женщин / С.Л. Кравченко, А.И. Корольков, А.Ю. Ненастьева, Л.Н. Благов, Н.И. Григорова // Вопросы наркологии. - 2020. - № 6 (189). - С. 5–21.

96. Краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя: учебное пособие ВОЗ для первичного звена медико-санитарной помощи. – Всемирная организация здравоохранения. – 2017. – 121 с.

97. Кривулин Е.Н. Гендерные психосоциальные факторы риска формирования алкогольной зависимости у лиц позднего возраста / Е.Н. Кривулин, А.Х. Мингазов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 3. – С. 33-35.

98. Кузнецов В.Н. Гендерные особенности алкоголизма на севере Томской области / В.Н. Кузнецов, И.Р. Семин, А.В. Елисеев. – Томск: Издательство СибГМУ, 2011.

99. Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности "Психология" / А.Н. Леонтьев // под ред. Д.А. Леонтьева, Е.Е. Соколовой. - 5-е изд., стер. - Москва: Смысл : Academia, 2010. – 509 с.

100. Ломов Б.Ф. Психическая регуляция деятельности: избранные труды / Б.Ф. Ломов; отв. ред. В. А. Барабанщиков [и др.]. - Москва: Ин-т психологии РАН, 2006. – 622 с.

101. Лурия А.Р. Лекции по общей психологии: учебное пособие для студентов ВУЗов, обучающихся по направлению и специальностям психологии/ А.Р. Лурия // Сер. Мастера психологии. Москва [и др.], 2009.

102. Лутова Н.Б. Психиатрическая стигма: клинико-демографические или культуральные факторы / Н.Б. Лутова, О.В. Макаревич, М.Ю. Сорокин, К.Е. Новикова, С.С. Абрамчик, В.Д. Вид // Социальная и клиническая психиатрия. – 2019. – Т. 29. – № 4. – С. 50-56.

103. Лутова Н.Б. Психиатрическая стигма - ее проявления и последствия / Н.Б. Лутова, М.Ю. Сорокин, В.Д. Вид // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2017. – № 3. – С. 41-45.

104. Лучанинова В.Н. Прогностическая оценка перинатальных факторов риска / В.Н. Лучанинова, Т.И. Бурмистрова, А.С. Крутова, Т.В. Погодаева // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. - 2012. - № 3 (8). - С. 6-14.

105. МакМаллан Р. Практикум по когнитивной терапии / Р. МакМаллан. – СПб: Речь, 2001. – С. 560.

106. Максимов С.А. Структура употребления алкоголя в России по данным исследования ЭССЕ-РФ: Есть ли «ковидный след»? / С.А. Максимов, С.А. Шальнова, Ю.А. Баланова, А.В. Концевая, А.Э. Имаева, В.А. Куценко, Г.А. Муромцева, М.Б. Котова и др.// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2023. - Т. 22. - № S8. - С. 30-43.

107. Марянян А.Ю. Патофизиологическое воздействие различных доз слабоалкогольных напитков на систему «мать-внезародышевые органы-плод» и здоровье новорожденных и детей: автореф. д-ра. мед. наук: 14.01.01 / Марянян Анаит Юрьевна; [Место защиты: Науч. центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН]. - Иркутск, 2015. - 47 с.

108. Марянян А.Ю. Оценка течения гестационного процесса у женщин методом опроса и в зависимости от лабораторно подтвержденного факта употребления алкоголя в пренатальном периоде (кросс-секционное исследование) / А.Ю. Марянян, А.Н. Калькова, М.А. Рашидова, Н.В. Семёнова, А.В. Бельских, Е.В. Беляева, А.Ю. Самбялова, А.В. Аталян, Д.П. Тюменцева, А.Б. Ильина, Л.И. Колесникова // Acta biomedica scientifica. - 2023. - Т. – 8. - № 4. С. 49-58.

109. Марянян А.Ю. Современные подходы и методы диагностики фетального алкогольного синдрома и фетального алкогольного спектра нарушений / А.Ю. Марянян, Ф.С. Малков, А.В. Аталян // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 4. – С. 146-146.

110. Марянян А.Ю. Влияние фетального алкогольного синдрома на психическое и физическое развитие ребенка дошкольного возраста. Клинический случай / А.Ю. Марянян, Е.В. Молчанова, А.М. Молчанова // Гинекология. - 2023. - Т. 25. - № 2. - С. 267-272.

111. Межведомственный стандарт антинаркотической профилактической деятельности / [Г. Н. Василенко и др.]. – М.: Министерство внутренних дел Российской Федерации, 2025. – 106 с.

112. Международная классификация болезней десятого пересмотра МКБ-10 [ГАРАНТ.РУ]. Гарант; 2020 – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://base.garant.ru/4100000/>

113. Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств: пересмотренное издание с учетом полевых испытаний // Всемирная организация здравоохранения и Управление ООН по наркотикам и преступности. - 2020. с. 101. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/RU_UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_2020.pdf

114. Международные стандарты профилактики употребления наркотиков. - UNODC, 2013. – 49 с. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: http://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/PreventionStandards/RU/Standards_RU_2.pdf

115. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: учебное пособие. - 5-е изд., перераб. и доп / В.Д. Менделевич // Изд-во Городец. 2025. 384 с.

116. Миллер У.Р. Мотивационное консультирование: как помочь людям измениться / Уильям Р. Миллер, Стивен Роллник; пер. с англ. Ю.М. Сусоевой, Д.М. Вершининой. – М. Эксмо, 2021. – 544 с.

117. Мингазов А.Х. Факторы риска формирования алкоголизма у мужчин и женщин старших возрастных групп при раннем и позднем начале заболевания / А.Х. Мингазов, Е.Н. Кривулин, И.Э. Анкудинова, Н.В. Асланбекова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4 – С. 56-62.

118. Мингазов А.Х. Основные личностные особенности мужчин, проживающих в центре социальной адаптации для лиц, страдающих алкогольной или наркотической зависимостью / А.Х. Мингазов, Е.В. Кузнецова, Л.М. Муслимова // Непрерывное медицинское образование и наука. – 2018. – Т. 13. – № 1. – С. 13-14.

119. Москвитин П.Н. Межведомственная психогигиеническая модель профилактики аддикции и девиантного поведения у детей и подростков / П.Н. Москвитин // Тюменский медицинский журнал. - 2014. - Т. 16. - № 1. - С. 43-45

120. Москвитин П.Н. Метод первичной профилактики психоактивной аддикции: аспекты дидактики / П.Н. Москвитин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2009. - № 4 (55). - С. 96-99.

121. Мырзаматова А.О. Меры популяционной профилактики, направленные на снижение потребления алкоголя: международный опыт и перспективы усиления мер в Российской Федерации / А.О. Мырзаматова, А.В. Концевая, Б.Э. Горный, О.М. Драпкина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2020. – Т. 19. – № 3. – С. 248-254.

122. Надеждин А.В. Кросс-секционное исследование потребления алкоголя с вредными последствиями у пациентов, госпитализированных по неотложным показаниям в неврологическое отделение многопрофильного стационара / А.В. Надеждин, Е.Ю. Тетенкова, А.Ю. Колгашкин, А.Е. Петухов, Е.Н. Давыдова, А.Н. Кружалов, Е.А. Кошкина // Медицина. – 2023. – Т. 11. – № 1. – С. 77-109.

123. Наркология. Национальное руководство / Н. Н. Иванец и др. 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. — 848 с.

124. Ненастьева А.Ю. Методы диагностики употребления психоактивных веществ. Наркология. Национальное руководство / А.Ю. Ненастьева: под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. — 3-е изд., перераб. и доп. — (Серия «Национальные руководства»). М. ГЭОТАР-Медиа, 2024. — С.761-795.

125. Ненастьева А.Ю. Психометрические шкалы, используемые в клинической наркологии // Наркология: национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 905-921.

126. Ненастьева А.Ю., Бузик О.Ж. Зависимость от алкоголя у женщин в позднем возрасте / А.Ю. Ненастьева, О.Ж. Бузик // Вопросы наркологии. - 2025. - Т. 37. - № 1. - С. 77–90.

127. Николишин А.Е. Алкогольная зависимость у женщин: темп формирования, семейная отягощенность и генетический риск / А.Е. Николишин,

В.М. Бродянский, Н.А. Чупрова, М.Г. Соловьева, А.О. Кибитов // Вопросы наркологии. – 2017. – № 11 (159). – С. 32-48.

128. Николишин А.Е. Алкогольная зависимость у пациентов с коморбидной депрессией: темп формирования и клинические особенности / А.Е. Николишин, Н.А. Чупрова, А.Г. Гофман, И.Л. Степанов, А.О. Кибитов // Вопросы наркологии. – 2020. – № 10 (193). – С. 45-60.

129. Нормальная беременность: Клинические рекомендации. – Российское общество акушеров-гинекологов. 2023. [Электронная версия]. Режим доступа: URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/288_2.

130. Оразмурадов А.А. Влияние алкоголизма и табакокурения на течение беременности и перинатальный исход родов / А.А. Оразмурадов, В.Е. Радзинский, П.П. Огурцов, С.Д. Семятов, Н.В. Кузьмина, А.И. Сащенко // Наркология. – 2007. – № 11. – С. 60–62.

131. Оразмурадов А.А. Социально-биологическая характеристика беременных - потребителей героина / А.А. Оразмурадов, В.Е. Радзинский, П.П. Огурцов, С.М. Семятов, Е.Е. Комарова // Наркология. - 2007. - Т. 6. - № 3 (63). - С. 65-67.

132. Османов Э.М. Гендерные различия феномена «стигматизации» и его влияние на эффективность лечения больных алкоголизмом / Э.М. Османов // Медицина и физическая культура: наука и практика. – 2019. – Т. 1. – № 4. – С. 23-30.

133. Пальчик А.Б. Токсические поражения нервной системы новорожденных алкоголем / А.Б. Пальчик, С.В. Легонькова, Г.И. Софронова, Л.А. Федорова // Федеральное руководство по детской неврологии / Под ред. Гузеевой В.И. - М.: ООО «МК». – 2016. – С. 55-66.

134. Петровский А.В. Психология: Учебник для студ. высш. пед. учеб. заведений / А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский. – М.: Изд. центр «Академия», 1998. – 512 с.

135. Петрушин В.И. Иерархическая структура личности и ресурсы для её развития / В.И. Петрушин // Вестник Московского государственного университета культуры и искусств. - 2017. - № 3(77). - С. 182–191.

136. Погосов А.В. Комплексный подход к профилактике зависимости от психоактивных средств у учащихся общеобразовательных учреждений / А.В. Погосов, Т.А. Филатова // Медицинский альманах. - 2012. - № 4 (23). - С. 153-157.

137. Полянский Д.А. Особенности взаимовлияния алкогольной зависимости и психических расстройств шизофренического спектра / Д.А. Полянский, Т.А. Кожина, Т.И. Немкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2022. – Т. 2. - № 32. – С. – 95-100.

138. Протокол исследования по валидации теста RUS-AUDIT. Адаптация и валидация теста AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, в Российской Федерации // Европейское региональное бюро. Всемирная организация здравоохранения, 2021.

139. Профилактика злоупотребления психоактивными веществами и борьба с ними // ВОЗ / под ред. М. Госсоп, М. Грант. - М.: Медицина, 1993. - 133 с.

140. Профилактика наркологических расстройств: Национальное руководство // Под ред. Е.А. Брюна, С.Г. Копорова, О.Ж. Бузика, Е.А. Кошкиной и др. – М. ООО «Нью Терра». – 2018. – 638 с.

141. Профилактика вреда, причиняемого употреблением алкоголя во время беременности. Экспресс-анализ ситуации и примеры из практики государств-членов // Всемирная организация здравоохранения, 2017. – С. 46. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/330959/Prevention-harm-caused-alcohol-exposure-pregnancy-ru.pdf?ua=1.

142. Прохазка Д. Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек / Д. Прохазка, К. Ди Клименте, Д. Норкросс – Изд-во: «Манн, Иванов и Фербер». 2013.

143. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Пагубное (с вредными последствиями) употребление. Клинические рекомендации. Разработчик клинической рекомендации: Общественная организация «Российское общество психиатров». Год утверждения: 2024. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/592_3.

144. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака (никотина). Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых. Клинические рекомендации. Разработчик клинической рекомендации: Общественная организация «Российское общество психиатров», Российское респираторное общество. Год утверждения: 2024. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/601_2.

145. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости от алкоголя. Клинические рекомендации. Разработчик клинической рекомендации: Общественная организация «Российское общество психиатров». Год утверждения: 2024. [Электронная версия]. – Режим доступа: URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/899_1.

146. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Синдром зависимости от психоактивных веществ (кроме алкоголя и никотина). Клинические рекомендации. Разработчик клинической рекомендации: Общественная организация «Российское общество психиатров». Год утверждения: 2024. [Электронная версия]. – Режим доступа: URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/161_2.

147. Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А. Беременность и психоактивные вещества // Наркология: национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2024. – С.543-547.

148. Редько А.Н. Основные тенденции смертности населения Краснодарского края от заболеваний, связанных с употреблением алкоголя / А.Н. Редько, А.В. Сахаров, П.Б. Сахарова // Кубанский научный медицинский вестник. - 2011. - № 3 (126). - С. 139-142.

149. Рожанец В.В. Анализ сточных вод как инструмент оценки потребления наркотических средств, психотропных соединений, мониторинга

общей эпидемиологической ситуации и социальной напряженности в целевых популяциях / В.В. Рожанец, Т.В. Клименко, А.Е. Носырев // Вопросы наркологии. – 2022. – № 11-12 (213). – С. 5-29.

150. Романова О.Л. 127 полезных навыков, или как уберечь детей от наркотиков [Учеб. пособие для 5-9-х кл. сред. шк. по предупреждению употребления ингалянтов и наркотиков. Материалы для родителей / О.Л. Романова, Е.Н. Тимакина]. – М.: Полимед, 2002. – 27 с.

151. Рохлина М.Л. Аффективные нарушения при героиновой наркомании / М.Л. Рохлина, А.А. Козлов, С.О. Мохначев // Вопросы наркологии. – 2002. – № 1. – С. 20-26.

152. Рохлина М.Л. Особенности формирования и течения героиновой наркомании у женщин / М.Л. Рохлина, С.О. Мохначев // Вопросы наркологии. – 2001. – № 3. – С. 16-25.

153. Рощина О.В. Клиническое значение коморбидности аффективных расстройств и алкогольной зависимости / О.В. Рощина, А.И. Розин, Е.Д. Счастный, Н.А. Бохан // Бюллетень сибирской медицины. – 2019. – Т. 18. – № 4. – С. 110–118.

154. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии: в 2-х т. / С.Л. Рубинштейн // Акад. пед. наук СССР. – М.: Педагогика, 1989. – 322 с.

155. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: в 2-х тт. / С.Я. Рубинштейн // М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2010. – Т. 1: Практическое руководство. – 224 с.; Т. 2: Стимульный материал. – 160 с.

156. Руженкова В.В. Русскоязычная адаптация теста DASS-21 для скрининг-диагностики депрессии, тревоги и стресса / В.В. Руженкова, В.А. Руженков, И.С. Хамская // Вестник психиатрии, неврологии и нейрохирургии. – 2019. – №10. – С. 39-46.

157. Салагай О.О. Анализ инфраструктуры общественного здоровья и медицинской профилактики в Российской Федерации в период 2013-2022 гг. / О.О. Салагай, Е.И. Боричевская // Общественное здоровье. – 2024. – Т. 4. – № 1. – С. 4-17.

158. Салагай О.О. Глобальное обследование молодежи 13–15 лет о потреблении табака в Российской Федерации: динамическое наблюдение 2004–2021 гг. / О.О. Салагай, Г.М. Сахарова, Н.С. Антонов // Терапевтический архив. – 2024. – Т. 96. – №3. – С. 233-239.

159. Салагай О.О. Результаты государственной политики по борьбе против табака в Российской Федерации / О.О. Салагай, Г.М. Сахарова, Н.С. Антонов // Панорама общественного здравоохранения. – 2018. – Т. 04. № 03. – С. 299 - 309.

160. Салагай О.О. Оценка распространенности поведенческих факторов риска и их влияния на здоровье взрослого населения в Российской Федерации / О.О. Салагай, Г.М. Сахарова, Н.С. Антонов, С.Ю. Никитина, Н.М. Стадник, В.И. Стародубов // Вопросы статистики. – 2023. – Т. 30. – № 2. – С. 72-86.

161. Сахарова Г.М. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака в Российской Федерации: GATS 2009 и GATS 2016 / Г.М. Сахарова, Н.С. Антонов, О.О. Салагай // Наркология. – 2017. – Т. 16. – №7. – С. 8-12.

162. Сахарова Г.М. Мониторинг распространенности потребления табака в Российской Федерации: Глобальный опрос взрослого населения в 2009 и 2016 / Г.М. Сахарова, Н.С. Антонов, О.О. Салагай // Медицина. – 2017. – №2. – С. 64-72.

163. Сахарова Г.М. Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых. Клинические рекомендации. Проект. Сообщение 1 / Г.М. Сахарова, Н.С. Антонов, О.О. Салагай, С.Н. Авдеев, А.Э. Эргешов, В.В. Романов, Л.И. Русакова, Е.А. Брюн, О.Ж. Бузик, О.Т. Кутушев, В.И. Лыков, А.В. Надеждин, Е.Ю. Тетенова // Наркология. – 2021. – Т. 20. – № 6. – С. 23-37.

164. Сахарова Г.М. Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых. Клинические рекомендации. Проект. Сообщение 2 / Г.М. Сахарова, Н.С. Антонов, О.О. Салагай, С.Н. Авдеев, А.Э. Эргешов, В.В. Романов, Л.И. Русакова, Е.А. Брюн, О.Ж. Бузик, О.Т. Кутушев, В.И. Лыков, А.В. Надеждин, Е.Ю. Тетенова // Наркология. – 2021. – Т. 20. – № 7. – С. 21-34.

165. Семерикова А.А. Алкоголизм - деструктивный феномен насильственной сексуальной преступности / А.А. Семерикова // Вопросы российского и международного права. - 2016. - № 7. - С. 77-86.

166. Семикин Г.И. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи на основе развития волонтерского движения в образовательной среде вуза (опыт МГТУ им. Н.Э. Баумана) / Г.И. Семикин, Г.А. Мысина, А.С. Миронов // Мир образования - образование в мире. - 2017. - № 4 (68). - С. 183-189.

167. Соловьева С.Л. Методология экспериментально-психологических исследований в клинике внутренних болезней / С.Л. Соловьева // Вестник клинической психологии. – 2003. – Т. 1, № 1. – С. 11–17.

168. Сиволап Ю.П. Двойной диагноз: «депрессия» и «расстройство употребления алкоголя» / Ю.П. Сиволап, Е.М. Крупицкий, В.Д. Менделевич, К.В. Рыбакова, М.А. Винникова, А.Ю. Егоров, Г.М. Усов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. – Т. 121. – № 7. – С. 135–140.

169. Сирота Н.А. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, И.И. Хажилина // Под науч. ред. Л.И. Шипициной и Е.И. Казаковой. – СПб.: Изд-во «Речь», 2004.

170. Сирота Н.А. Основные направления работы в сфере первичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами в Российской Федерации / Н.А. Сирота, М.Г. Цетлин, В.М. Ялтонский, О.В. Зыков, В.Е. Пелипас // Вопросы наркологии. - 2001. - № 1. - С. 71-76.

171. Сирота Н.А. Применение и внедрение программ реабилитации и профилактики зависимого поведения как актуальная задача Российской клинической психологии / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский // Медицинская психология в России. - 2012. - № 2 (13). - С. 72-74.

172. Стадник Н.М. Распространенность потребления табачной и никотинсодержащей продукции в Российской Федерации: анализ тенденций в 2019-2022 гг. / Н.М. Стадник, С.Ю. Никитина, Г.М. Сахарова, Н.С. Антонов, О.О. Салагай // Демографическое обозрение. – 2024. – Т. 11. – №1. – С. 37-60.

173. Стряпухина Ю.В. Клинико-психологический подход в работе с созависимыми / Ю.В. Стряпухина, С.Т. Посохова // Вестник психотерапии. - 2024. - № 89. - С. 89–101.

174. Стряпухина Ю.В. Проблема созависимости в современных психологических исследованиях / Ю.В. Стряпухина, С.Т. Посохова // СибСкрипт. - 2025. - Т. 27. - № 2. - С. 247–266.

175. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. - СПб.: Питер, 2001. - 268 с.- (Серия «Практикум по психологии»).

176. Тест RUS-AUDIT для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя / Всемирная организация здравоохранения, 2021. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: URL: <https://gkbyudina.ru/storage/uploads/docs/RUS-AUDIT.pdf?ysclid=lwq2fqvknt771345681>.

177. Тест RUS-AUDIT-S для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя / Всемирная организация здравоохранения, 2021. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: URL: https://novoselinternat.gosuslugi.ru/netcat_files/210/3047/RUS_AUDIT_short_test_alcohol_use_disorders_rus.pdf?ysclid=md1j07z7ay388735675

178. Транскультуральная психиатрия и наркология // Избранные труды по психиатрии академика В.Я. Семке / Под. ред. Н.А. Бохана. – ФГБНУ «ТНИМЦ РАН», НИИ психического здоровья. – М. Российская акад. наук, 2018. – 449 с.

179. Уманская П.С. Клиническая картина структурно-сложного алкогольного психоза (гендерный аспект) / П.С. Уманская, А.П. Агарков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – № 2 (95). – С. 31-35.

180. Уманская П.С. Формирование и течение алкоголизма у молодых женщин, перенесших алкогольный психоз / П.С. Уманская, А.П. Агарков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2018. – № 3(100). – С. 27–33.

181. УНП ООН, Всемирный доклад о наркотиках, 2024 год // издание Организации Объединенных Наций, 2024 год. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2024/languages/2412382R.pdf

182. Фадеева Е.В. Анализ клинико-психологических факторов риска и частотно-количественных характеристик злоупотребления психоактивными веществами у пациентов с проблемным употреблением алкоголя и наркотиков (Часть 1) / Е.В. Фадеева // Российский психиатрический журнал. - 2024. - № 6. - С. 80–91.

183. Фадеева Е.В. Анализ предикторов курения и злоупотребления алкоголем среди беременных женщин / Е.В. Фадеева, А.М. Лановая // Вестник психотерапии. – 2025. Т. 93. – С. 55-70.

184. Фадеева Е.В. Анализ предикторов курения и злоупотребления алкоголем среди медицинских работников с учетом специальности и пола / Е.В. Фадеева, А.М. Лановая // Национальное здравоохранение. – 2024. – Т. 5. – № 4. – С. 27-37.

185. Фадеева Е.В. Влияние курения и употребления алкоголя женщинами репродуктивного возраста до беременности и в пренатальный период на течение и исход беременности // Вестник психотерапии. - 2024. - № 92. - С. 6-24.

186. Фадеева Е.В. Выявление расстройств, связанных с употреблением алкоголя, среди женщин Республики Хакасия / Е.В. Фадеева, В.И. Гардер, О.И. Индинок, Ю.В. Патласова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2021. - Т. 57. - № 4. – С. 86-96.

187. Фадеева Е.В. Гендерные аспекты профилактики наркологических заболеваний / Е.В. Фадеева // Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. — С.741-746. — (Серия «Национальные руководства»).

188. Фадеева Е.В. Гендерные особенности употребления психоактивных веществ / Е.В. Фадеева // Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. — С.575-581. — (Серия «Национальные руководства»).

189. Фадеева Е.В. Готовность к изменению поведения, связанного с потреблением психоактивных веществ, и ее взаимосвязь с психоэмоциональным состоянием и личностными особенностями у пациентов с наркологическими заболеваниями: результаты пилотного исследования / Е.В. Фадеева, А.М. Лановая // Российский психиатрический журнал. - 2023. - № 1. - С. 33-42.

190. Фадеева Е.В. Дизайн и методология исследования по изучению мотивации к сохранению трезвости у пациентов с наркологическими заболеваниями на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса / Е.В. Фадеева // Вопросы наркологии. – 2023. - Т. 35. - № 3. – С. 98-115.

191. Фадеева Е.В. Изучение мотивационной сферы личности и психоэмоциональных особенностей у пациентов с наркологическими расстройствами на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса (Часть 1) / Е.В. Фадеева, А.М. Лановая // Психология и право. - 2024. - Т. 14. - №2. - С. 1–17.

192. Фадеева Е.В. Изучение мотивационной сферы личности и психоэмоциональных особенностей у пациентов с наркологическими расстройствами на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса (Часть 2) / Е.В. Фадеева, А.М. Лановая // Психология и право. - 2024. - Т. 14. - № 4. - С. 217–231.

193. Фадеева Е.В. Изучение осведомленности женщин репродуктивного возраста о вредных последствиях употребления алкоголя / Е.В. Фадеева, А.М. Лановая // Вестник психотерапии. - 2023. - № 86. - С. 68-80.

194. Фадеева Е.В. Курение и потребление алкоголя среди беременных женщин и женщин репродуктивного возраста: результаты скрининга и мотивационного консультирования / Е.В. Фадеева // Российский психиатрический журнал. - 2024. - № 1. - С. 62-71.

195. Фадеева Е.В. Методология оценки эффективности программ профилактики потребления психоактивных веществ / Е.В. Фадеева // Вопросы наркологии. – 2021. - № 7(202). – С. 20-33.

196. Фадеева Е.В. Оценка тревожности у пациентов с зависимостью от алкоголя и наркотиков на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса с учетом гендерных особенностей и наркологического диагноза / Е.В. Фадеева, Т.А. Горецкая, А.М. Лановая // Российский психиатрический журнал. - 2024. - № 2. - С. 68-79.

197. Фадеева Е.В. Оценка физического развития детей как предварительный этап диагностики нарушений, связанных с внутриутробным воздействием этанола на плод / Е.В. Фадеева, А.Ю. Ненастьева, Г.А. Корчагина // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2020. - № 4. С. 73-81.

198. Фадеева Е.В. Оценка эффективности профилактических вмешательств в наркологической практике / Е.В. Фадеева // Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. — С. 749-753. — (Серия «Национальные руководства».

199. Фадеева Е.В. Протоколы медико-психологической коррекции групп риска по развитию наркологических заболеваний / Е.В. Фадеева, Я.В. Колпаков // Вопросы наркологии. - 2015. - № 3. - С. 110-112.

200. Фадеева Е.В. Профилактика употребления психоактивных веществ: гендерно специфичные аспекты / Е.В. Фадеева // Монография. - Издательство: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, 2026. – 168 с.

201. Фадеева Е.В. Психоэмоциональное состояние женщин репродуктивного возраста как фактор риска, влияющий на курение и употребление алкоголя до беременности и в пренатальный период / Е.В. Фадеева, А.М. Лановая // Психология. Психофизиология. - 2024. – Т. 17. - № 4. – С. 74-86.

202. Фадеева Е.В. Результаты диагностики предрасположенности к различным формам аддиктивного поведения у слабослышащих учащихся / Е.В. Фадеева, Ю.В. Цветкова, И.А. Геронимус // Неврологический вестник. - 2014. - Т. 46. - № 2. - С. 86-88.

203. Фадеева Е.В. Результаты критериальной и описательной оценки дисморфологических нарушений, возникших в связи с пренатальным воздействием этанола, у детей младшего школьного возраста / Е.В. Фадеева, А.Ю. Ненастьева, Г.А. Корчагина // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2021. – Т. 55. – №. 2. – С. 62-72.

204. Фадеева Е.В. Результаты экспертизы по оценке эффективности программ профилактики потребления психоактивных веществ, основанной на структурированном интервью с руководителями и сотрудниками / Е.В. Фадеева // Вопросы наркологии. – 2021. - № 11(206). - С. 48–68.

205. Фадеева Е.В. Социально-демографические и клинико-психологические предикторы курения и злоупотребления алкоголем у медицинских работников / Е.В. Фадеева, Л.А. Цветкова, А.М. Лановая // Национальное здравоохранение. 2025. Т.6 №1. С. 50–62.

206. Фадеева Е.В. Сравнительная оценка распространенности курения и употребления алкоголя женщинами репродуктивного возраста до беременности и в пренатальный период // Вестник психотерапии. - 2024. - Т. 91. - С. 14-29

207. Фадеева Е.В. Формирование приверженности лечению при посттравматическом стрессовом расстройстве и коморбидных наркологических расстройствах / Е.В. Фадеева, А.В. Сахаров // Российский психиатрический журнал. - 2025. - №1. - С. 41-48.

208. Федеральное руководство по детской неврологии. Под ред. Гузеевой В.И. - М.: ООО «МК», 2016. – 656 с.

209. Хоютанова Н.В. Клинико-динамические особенности формирования и течения алкоголизма у женщин в зависимости от климатогеографических условий проживания на территории Республики Саха (Якутия) / Н.В. Хоютанова, Н.П. Матвеева, Н.А. Бохан, С.А. Иванова, З.Н. Кривошапкина, Е.А. Иготи // Якутский медицинский журнал. – 2015. - №1. – С. 14-18.

210. Хуснутдинова З.А. Современные проблемы первичной профилактики аддиктивного поведения подростков школьного возраста / З.А. Хуснутдинова // Медицинский вестник Башкортостана. - 2011. - Т. 6. - № 6. - С. 16-19.

211. Черных А.А. Прогнозирование нервно-психического развития у детей с перинатальной наркозависимостью / А.А. Черных, И.М. Сутулина // Мать и дитя в Кузбассе. - 2010. - № 3 (42). - С. 34-38.

212. Цветкова Л.А. Концептуальные основы изучения и измерения здоровья и благополучия человека с позиций психологической науки / Л.А. Цветкова, Н.А. Антонова, Р.Г. Дубровский // Вестник Российского фонда фундаментальных исследований. – 2019. – № 4(104). – С. 69-75.

213. Цветкова Л.А. Профилактические проекты в сфере здоровья: разработка, внедрение, оценка эффективности: учебное пособие / Л.А. Цветкова, Н.А. Антонова, К.Ю. Ерицян // СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2018. – 81 с.

214. Цветкова Л.А. Табакокурение беременных женщин: роль психосоциальных факторов / Л.А. Цветкова, Н.А. Антонова, К.Ю. Ерицян, Р.Ж. Мухамедрахимов, И.А. Аринцина, В.В. Дмитриева, В.В. Одинцова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26. – № 4. – С. 217—220.

215. Шайдукова Л.К. Ассортативность «алкогольных браков»: от теории к практике / Л.К. Шайдукова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2019. – № 1. – С. 98–103.

216. Шайдукова Л.К. Ассортативность алкогольных браков - выбор партнеров и стратегий / Л.К. Шайдукова // Вопросы наркологии. – 2021. – №12(207). – С. 73-83.

217. Шайдукова Л.К. Полимодалная психотерапия женского алкоголизма: воздействие на стигматизационные, депривационные, депрессивные, фрустрационные и анозогностические мишени / Л.К. Шайдукова, Г.А. Гареева // Наркология. – 2015. – Т. 14. – № 6 (162). – С. 66-71.

218. Шайдукова Л.К. Современная проблематика алкоголизма у женщин: этнокультуральный, социально-демографический, наследственно-генетический,

преморбидно-патохарактерологический аспекты / Л.К. Шайдукова, Г.А. Гареева // Наркология. – 2016. – Т. 15. – № 1 (169). – С. 73–78.

219. Шакур Е.Ю. Гендерные особенности проявлений дезадаптивного поведения у детей младшего школьного возраста, подвергавшихся пренатальному воздействию этанола / Е.Ю. Шакур, Е.В. Фадеева // Теоретическая и экспериментальная психология. - 2022. - Т. 15. - № 2. - С. 110-121.

220. Шеина А.Ю., Шумилов Н.С. Обзор современных инструментов целеполагания / А.Ю. Шеина, Н.С. Шумилов // Инновационные научные исследования. – 2022. – Т. 20. – № 6-2. – С. 158-168.

221. Шилова Т.А. Профилактика алкогольной и наркотической зависимости у подростков в школе / Т.А. Шилова // практ. пособие: [метод. пособие] / Сер. Библиотека психолога образования. Москва, 2004.

222. Шпорт С.В., Клименко Т.В. Современная наркологическая ситуация в Российской Федерации: достижения, актуальные проблемы и пути их решения / С.В. Шпорт, Т.В. Клименко // Вопросы наркологии. – 2023. – Т. 35. – №3. – С. 8–26.

223. Щелкова О.Ю. Задачи психологической диагностики в клинической медицине / О.Ю. Щелкова // Вестник Южно-уральского государственного университета. Серия «Психология». – 2008. – Вып. 2, № 32 (132). – С. 81–90.

224. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды / Д. Б. Эльконин; Под ред. В.В. Давыдова, В.П. Зинченко; [авт. вступ. ст. и коммент. В.В. Давыдов]; АПН СССР. - Москва: Педагогика, 1989. – 554 с.

225. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте / Д.Б. Эльконин // Вопросы психологии. – 1971. – № 4. – С. 6-21.

226. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон; пер. с англ. Под общ. Ред. А.В. Толстых. – М.: Издательская группа «Прогресс», 1996. – 344 с.

227. Ялтонская А.В. Профилактика употребления алкоголя во время беременности и фетального алкогольного спектра нарушений. Наркология. Национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 849-855.

228. Ahmed S. Developmental cascades and educational attainment / S. Ahmed, N. Chaku, N. Waters, A. Ellis, P. Davis-Kean // Advances in Child Development and Behavior. – 2023. - Vol. 64. - P. 289-326

229. Alcohol policy impact case study. The effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation; Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

230. Alloy L.B. Pubertal development, emotion regulatory styles, and the emergence of sex differences in internalizing disorders and symptoms in adolescence / L.B. Alloy, J.L. Hamilton, E.J. Hamlat, L.Y. Abramson // Clinical Psychological Science. – 2016. – Vol. 4. – No. 5. – P. 867–881.

231. Anderson B.K. Alcohol abuse prevention in the workplace: the development and evaluation of an individualized approach / B.K. Anderson // University of Washington. - Thesis Ph.D. degree. – 2002.

232. Anderson K.G. Alcohol and drug involvement after adolescent treatment and functioning during emerging adulthood / K.G. Anderson, D.E. Ramo, K.M.

Cummins, S.A. Brown // Drug Alcohol Dependence. - 2010 - Vol. 1. - No. 107(2-3). P. 171-181.

233. Anderson P. VINTAGE project Working Group. Alcohol and older people from a public health perspective / P. Anderson, E. Scafato, L. Galluzzo // Annali dell'Istituto Superiore di Sanità. – 2012. – Vol. 48. - No. 3. – P. 232-47.

234. Arbesman M. Systematic review of occupational therapy and mental health promotion, prevention, and intervention for children and youth / M. Arbesman, S. Bazyk, S.M. Nochajski // American Journal of Occupational Therapy. – 2013. - Vol. 67. – No. 6. – P. 120-130.

235. Astley S.J. Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: The 4-Digit Diagnostic Code. Third Edition. Seattle, WA / S.J. Astley – University of Washington. – 2004.

236. Atlam D.H. The Most Severe Stigma: Stigma Toward Substance Use Disorder / D.H. Atlam, H. Coskunol // Addicta: The Turkish Journal on Addictions. – 2022. – No. 9. – P. 99-105.

237. Asma S. The GATS Atlas / S. Asma, J. Mackay, S.Y. Song, L. Zhao, J. Morton, K.M. Palipudi et al. // 2015. CDC Foundation, Atlanta, GA.

238. Azorin J-M. Alcohol use and bipolar disorders: Risk factors associated with their co-occurrence and sequence of onsets / J-M. Azorin, L.C. Perret, E. Fakra, S. Tassy, N. Simon, M. Adida, R. Belzeaux // Drug and Alcohol Dependence. – 2017. – Vol. 179. – P. 205-212.

239. Babor T.F. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care / T.F. Babor, J.C. Biddle-Higgins, J.B. Saunders, M.G. Monteiro. – Geneva. World Health Organization. Switzerland. – 2001. – P.34.

240. Bacchus L.J. Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies / L.J. Bacchus, M. Ranganathan, C. Watts, K. Devries // BMJ Open. – 2018. - Vol. 28. - No. 8(7).

241. Balachova T. A Screening and brief intervention for women in OB/GYN care / T. Balachova, M. Chaffin, B. Bonner, G. Isurina, L.A. Tsvetkova, E.N. Volkova // Addiction Science & Clinical Practice. - 2015. - Vol. 10. - No. S. - P. 4.

242. Balachova T.N. Brief FASD prevention intervention: physicians' skills demonstrated in a clinical trial in Russia / T.N. Balachova, L. Bonner, M. Chaffin, G. Isurina, V. Shapkaitz, L.A. Tsvetkova, E.N. Volkova, I.V. Grandilevskaya, L.V. Skitnevskaya, N. Knowlton // Addiction Science & Clinical Practice. - 2013. - Vol. 8. No. 1.

243. Balachova T. Dual-focused brief physician intervention to reduce the risk for alcohol-exposed pregnancies: a randomized controlled trial / T. Balachova, B. Bonner, M. Chaffin, G. Isurina, L. Tsvetkova, E. Volkova, L. Skitnevskaya, S. Agrawal // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. - 2013. - Vol. 37. - No. S2. – P. 50A.

244. Balachova T. Women's alcohol consumption and risk for alcohol-exposed pregnancies in Russia / T. Balachova, B. Bonner, M. Chaffin, D. Bard, G. Isurina, L. Tsvetkova, E. Volkova // Addiction. – 2012. – Vol. 107. – P. 109–117.

245. Balachova T. Womens receptivity to fetal alcohol spectrum disorders prevention approaches: a case study of two regions in Russia / T. Balachova, B. Bonner,

D. Bard, M. Chaffin, G. Isurina, A. Owora, L. Tsvetkova, E. Volkova // International Journal of Alcohol and Drug Research. - 2014. - Vol. 3. - No. 1. – P. 5-15.

246. Balachova T. Smoking and alcohol use among women in Russia: dual risk for prenatal exposure / T. Balachova, R. Zander, B. Bonner, K. Kyler, G. Isurina, L. Tsvetkova, E. Volkova // Journal of Ethnicity in Substance Abuse. – 2019. – Vol. 18. – No. 2. – P. 167-182.

247. Barnes A.J. Associations of occupational attributes and excessive drinking / A.J. Barnes, F.J. Zimmerman // Social Science & Medicine. – 2013. – Vol. 92. – P. 35–42.

248. Barry C.L. Stigma, Discrimination, Treatment Effectiveness, and Policy: Public Views About Drug Addiction and Mental Illness / C.L. Barry, E.E. McGinty, B.A. Pescosolido, H.H. Goldman // Goldman Psychiatric Services. – 2014. – P. 1183-1289.

249. Becker J.B. Sociocultural context for sex differences in addiction / J.B. Becker, M. McClellan, B.G. Reed // Addiction Biology. – 2016. – Vol. 21. – No. 5. – P.1052-1059.

250. Becher E. The Impact of Sex and Gender in Medicine and Pharmacology / E. Becher, S. Oertelt-Prigione // Handbook of Experimental Pharmacology. Springer Nature. – 2023. – P. 282-293.

251. Becher E. History and development of sex- and gender sensitive medicine (SGSM) / E. Becher, S. Oertelt-Prigione // In book: Sex and Gender Differences in Neurological Disease / E. Becher–International Review of Neurobiology. 2022.

252. Belisle L. Starting with Girls and Their Resilience in Mind: Reconsidering Risk / Needs Assessments for System-Involved Girls / L. Belisle, E.J. Salisbury // Criminal Justice and Behavior. – 2021. – Vol. 48. – No. 3. – P. 1-21.

253. Binder A. Researching Alcohol Consumption During Pregnancy. Opportunities and Challenges with Two Methods of Data Acquisition / A. Binder, C. Preiser, S. Hanke, M. Banabak, C. Huber, K.U. Petersen, A. Batra // Quality Health Research. – 2022. – Vol. 32. – No. 2. – P. 1809-1827.

254. Blanco C. Prevalence and correlates of benzodiazepine use, misuse, and use disorders among adults in the United States / C. Blanco, B. Han, C.M. Jones, K. Johnson, W.M. Compton // Journal of Clinical Psychiatry. – 2018. – Vol. 79. – No. 6. P. 79:18m12174.

255. Bock F. Establishing Evidence-Based Prevention and Health Promotion: Criteria for Evidence-Based Interventions and Necessary Organizational Requirements and Capacities / F. Bock, E. Rehfuess // Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. – 2021. – Vol. 64. – Iss. 5. – P. 524-533.

256. Boyle C. The National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities: Past, Present, Future / C. Boyle, J. Cordero, E. Trevathan / American Journal of Preventive Medicine. - 2012. - Vol. 43. – P. 655-661.

257. Bradley K.A. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care / K.A. Bradley, A.F. DeBenedetti, R.J. Volk, E.C. Williams, D. Frank, D.R. Kivlahan // Alcohol Clin Exp Res. – 2007. – Vol. 31 – No.7. – P. 1208-1217.

258. Bradshaw S.D. Hope, coping skills, and the prefrontal cortex in alcohol use disorder recovery / S.D. Bradshaw, S.T. Shumway, C. Dsauza, N. Morris, N. Hayes // *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. – 2017. – Vol. 43. – No. 5. – P. 1-11.

259. Brasiliano S. Gender, Alcohol Dependence, and Public Policies / S. Brasiliano, F. Carezzato, P.B. Hochgraf // In book: *Drugs and Human Behavior, Biopsychosocial Aspects of Psychotropic Substances Use*: De Micheli D., Andrade A.L.M., Reichert R.A., Silva E.A.D., Pinheiro B.D.O., Lopes F.M. (eds) *Drugs and Human Behavior*. Springer, Cham. – 2021. – P. 333–343.

260. Bravo F. Gender differences in the long-term outcome of alcohol dependence treatments: An analysis of twenty-year prospective follow up / F. Bravo, A. Gual, A. Lligona, et al. // *Drug and Alcohol Review*. – 2013. – Vol. 32. – No. 4. – P. 381–388.

261. Brook D.W. Developmental associations between externalizing behaviors, peer delinquency, drug use, perceived neighborhood crime, and violent behavior in urban communities / D.W. Brook, J.S. Brook, E. Rubenstone, C. Zhang, N.S. Saar // *Aggressive behavior*. – 2011. – Vol. 37. – No.4. – P. 349-361.

262. Budd R.J. The structure of the Readiness to Change Questionnaire: A test of Prochaska & DiClemente's transtheoretical model / R.J. Budd, S. Rollnick // *British Journal of Health Psychology*. – 1996. – No. 1(4). – P. 365-376.

263. Bunova A. The Russian translations of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A document analysis and discussion of implementation challenges / A. Bunova, M. Neufeld, C. Ferreira-Borges, E. Bryun, E. Fadeeva et al. // *The International Journal of Alcohol and Drug Research*. – 2021. – Vol. 9. – № 1. – P. 20-30.

264. Berrueta M. Prevalence of smoking during pregnancy / M. Berrueta, L. Llambi, M. Colomar, A. Aleman // *Lancet Global Health*. – 2018. - No. 6 (12).

265. Bush K. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C); An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking / K.Bush, D.R. Kivlahan, M.B. McDonell, S.D. Fihn, K.A. Bradley // *Archives of Internal Medicine*. – 1998. – Vol. 158. – P. 1789–1795

266. Chartier K.G. Alcohol problems in young adults transitioning from adolescence to adulthood: The association with race and gender / K.G. Chartier, M.N. Hesselbrock, V.M. Hesselbrock // *Addictive behaviors*. – 2011. – Vol. 36. – No. 3. – P. 167-174.

267. Charrier L. A focus on adolescent substance use in Europe, central Asia and Canada / L. Charrier, S. van Dorsselaer, N. Canale, T. Baska, B. Kilibarda, R.I. Comoretto et al. // *Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey*. - Volume 3. - Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. - 2024.

268. Connor J. Health risks and outcomes that disproportionately affect women during the Covid-19 pandemic: A review / J. Connor, S. Madhavan, M. Mokashi, H. Amanuel, N.R. Johnson, L.E. Pace, D. Bartz // *Social Science & Medicine*. – 2020. - – Vol. – 266. - P. 113364

269. Cutter S.L. The forgotten casualties redux: Women, children, and disaster risk / S.L. Cutter // *Global Environmental Change*. – 2017. – Vol. 42. – P. 117-121.

270. D'Aquino S. Why do adults drink alcohol? Development and validation of a Drinking Motives Questionnaire for adults / S. D'Aquino, S. Callinan, K. Smit, Y. Mojica-Perez, E. Kuntsche // *Psychology of Addictive Behaviors*. – 2022. – Vol. 37. – No. 3. – P. 402-415.

271. Dawson D.A. Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up / D.A. Dawson, R.B. Goldstein, B.F. Grant // *Alcohol: Clinical & Experimental Research*. – 2007. – Vol. 31. – P. 2036-45.

272. Degenhardt L. Association of Cohort and Individual Substance Use with Risk of Transitioning to Drug Use, Drug Use Disorder, and Remission from Disorder Findings from the World Mental Health Surveys / L. Degenhardt, C. Bharat, M.D. Glantz et al. // *JAMA Psychiatry*. – 2019. – Vol. 76. – No.7. – P. 708-720.

273. Devries K.M. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis / K.M. Devries, J.C. Child, L.J. Bacchus, J. Mak, G. Falder, K. Graham, C. Watts, L. Heise // *Addiction*. – 2014. - Vol. 109. - No. 3. – P. 379-391.

274. Dobson M. The Healthy Work Survey (HWS): A Standardized Questionnaire for the Assessment of Workplace Psychosocial Hazards and Work Organization in the United States / M. Dobson, P. Schnall, P. Faghri, P. Landsbergis // *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*. – 2023. – Vol. 65. – No. 5. – P. 330-345.

275. Dozet D. Healthcare utilisation and characteristics of adults with fetal alcohol syndrome: a descriptive population-based cohort study in Ontario, Canada / D. Dozet, C. de Oliveira, Y. Lunsky, A. Calzavara, S. Popova // *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 2025. - No. 10. – P. 1-14.

276. Duan W. The developmental cascades of prosocial behavior tendency, internalizing and externalizing problems for early adolescence in China: A within-person analysis / W. Duan, Q. Sun, M. Wang, C. Wu, Z. Chen // *Acta Psychologica Sinica*. – 2022. – Vol. 54. – No. 7. – P. 813-827.

277. Durazzo T.C. Psychiatric, Demographic, and Brain Morphological Predictors of Relapse After Treatment for an Alcohol Use Disorder / T.C. Durazzo, D.J. Meyerhoff // *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. – 2016. – Vol. 41. – No. 1. – P. 107-116.

278. Dvoraka R.D. Daily associations between emotional functioning and alcohol involvement: Moderating effects of response inhibition and gender / R.D. Dvoraka, M.R. Pearsonb, E.M. Sargenta, B.L. Stevenson, A.L. Mfona // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2016. – Vol. 163. – P. 46–53.

279. Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine / G.L. Engel // *Psychodynamic Psychiatry*. 2012. - Vol. 40. - No. 3. - P. 377-396.

280. ESPAD report 2019: results from the European school survey project on alcohol and other drugs. ESPAD report 2019 / European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. LU: Publications Office, - 2020. - 136 p.

281. ESPAD Report 2024: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. - 2025. - EUDA Joint Publications. - Publications Office of the European Union. - Luxembourg. - 114 p.

282. European Drug Prevention Quality Standards: a Quick Guide. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Publications Office of the European Union, Luxembourg. – 2013. – [Electronic resource]. – Accessed: URL: https://www.emcdda.europa.eu/publications/adhoc/prevention-standard_en.

283. European Drug Prevention Quality Standards. A manual for prevention professionals. – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2011. – 292 p. – [Electronic resource]. – Accessed: URL: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_145539_EN_TD3111250ENC.pdf

284. European Prevention Curriculum: a Handbook for Decision-Makers, Opinion-Makers and Policy-Makers in Science-Based Prevention of Substance Use, Publications Office of the European Union, Luxembourg. European prevention European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2019. – [Electronic resource]. – Accessed: URL: https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/european-prevention-curriculum_en.

285. Faggiano F. Universal school-based prevention for illicit drug use / F. Faggiano, S. Minozzi, E. Versino, D. Buscemi // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2014. – Vol. 12.

286. Fernández S.D. Gender and addiction and other mental disorders comorbidity: sociodemographic, clinical, and treatment differences / S.D. Fernández, J.J.F. Miranda, F.P. Pastor et al. // Archives of Women's Mental Health. – 2023. – Vol. 26. – P. 639–650.

287. Flay B.R. Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination / B.R. Flay, A. Biglan, R.F. Boruch, F. Gonzalez Castro, D. Gottfredson, S. Kellam, E.K. Moscicki, S. Schinke, J.C. Valentine, P. Ji // Prevention Science. – 2005. – Vol. 6. – P. 151-175.

288. Fonseca F. A Gender Perspective of Addictive Disorders / F. Fonseca, M. Robles-Martínez, J. Tirado-Muñoz et al. // Current Addiction Reports. – 2021. – Vol. 8. – P. 89–99.

289. Fox H.C. Altered levels of sex and stress steroid hormones assessed daily over a 28-day cycle in early abstinent cocaine-dependent females / H.C. Fox, K.A. Hong, P. Paliwal, P.T. Morgan, R. Sinha // Psychopharmacology. – 2008. – Vol. 195. – No. 4. – P. 527–536.

290. GBD 2021. Demographics Collaborators. Global age-sex-specific mortality, life expectancy, and population estimates in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1950-2021, and the impact of the COVID-19 pandemic: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 // Lancet. - 2024. - Vol. 8. - Iss. 403(10440). P. 1989-2056.

291. GBD 2016. Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet (London, England). – 2018. – Vol. 392. – No. 10152. – P. 1015–1035.

292. Gender and Health 50/50. 2022. Report. – [Electronic resource]. – Accessed: URL: <https://global health5050.org/2022-Report/>

293. Gjestad R. Level and change in alcohol consumption, depression and dysfunctional attitudes among females treated for alcohol addiction. / R. Gjestad, J. Franck, K.A. Hagtvet, B. Haver // *Alcohol*. – 2011. – Vol. 46. – P. 292–300.

294. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Summary. Geneva: World Health Organization; 2017.

295. Global Adult Tobacco Survey – GATS (Глобальный опрос взрослого населения о пользовании табачными изделиями). Российская Федерация, – 2009 г. – 10 с.

296. Global Burden of Disease Study 2010 // *Lancet*. - 2012. – [Electronic resource]. – Accessed: URL: <http://www.thelancet.com/themed/global-burden-of-disease>

297. Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization. 2018. – [Electronic resource]. – Accessed: URL: https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/9789241565639-eng.pdf

298. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2024. – [Electronic resource]. – Accessed: URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1>

299. Gottfredson D.C. Standards of Evidence for Efficacy, Effectiveness, and Scale-up Research in Prevention Science: Next Generation / D.C. Gottfredson, T.D. Cook, F.E.M. Gardner et al. // *Prevention Science*. – 2015. – Vol.6. – P. 893-926.

300. Greiner M.G. The Stigma of Addiction / M.G. Greiner, L.B. Dixon // *Psychiatric Services*. – 2021. – Vol. 72. – No. 9. – P. 1105-1106.

301. Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy // Geneva: World Health Organization. - 2014. p. 204. – [Electronic resource]. – Accessed: URL: https://syntheticdrugs.unodc.org/uploads/syntheticdrugs/res/library/treatment_html/Guidelines_for_the_Identification_and_Management_of_Substance_Use_and_Substance_Use_Disorders_in_Pregnancy.pdf

302. Guidelines on Drug Prevention and Treatment for Girls and Women // United Nations Office on Drugs and Crime. - 2016. p. 61. – [Electronic resource]. – Accessed: URL: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC_2016_drug_prevention_and_treatment_for_girls_and_women_E.pdf.

303. Harada A. Association Between Types of Chronic Disease and Receiving Workplace Accommodations: A Cross-Sectional Study of Japanese Workers / A. Harada, S. Tateishi, T. Ishimaru, M. Nagata, H. Eguchi, M. Tsuji, K. Ikegami, R. Matsugaki, Y. Fujino // *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. – 2023. – Vol. 65. – No. 2. – P. 93-97.

304. Healthy ageing toolkit for facilitators, volunteers and community // International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Geneva, 2016.

305. Heather N., Rollnick S. Readiness to change questionnaire: User's manual (revised version). National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC). Technical Report №19. – 1993.

306. Heatherton T.F. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire / T.F. Heatherton, L.T. Kozlowski, R.C. Frecker, K.O. Fagerström // *British Journal of Addiction*. - 1991. - Vol. 86. - No. 9. – P. 1119-1127.

307. Henderson M., Hutcheson G., Davies J. Alcohol and the workplace / WHO Regional Publications, European Series. – 1996. – No. 67. 100 p.

308. Hassan T.Y. Internalizing Behavior Problems of Children from Broken Families / T.Y. Hassan, H.S. Saeed, E.A. Al-Kaseer, J.K. Al-Diwan // *International Journal of Innovative Science and Research Technology*. – 2022. – Vol. 7. – No. 2. – P. 245-248.

309. Heidari S. Sex and Gender Equity in Research: Rationale for the SAGER Guidelines and Recommended Use / S. Heidari, T.F. Babor, P. De Castro, S. Tort, M. Curno // *Research integrity and peer review*. – 2016.

310. Herbeck D. Gender differences in treatment and clinical characteristics among patients receiving extended-release naltrexone / D. Herbeck, K.E. Jeter, S.J. Cousins, R. Abdelmaksoud, D. Crevecoeur-MacPhail // *Journal of Addictive Diseases*. – 2016. – Vol. 35. – No. 4. – P. 305-314.

311. Horowitz M. Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress / M. Horowitz, N. Wilner, W. Alvarez // *Psychosomatic Medicine*. - 1979. - Vol. 41. - № 3. - P. 209.

312. Hughes T.L. The influence of gender and sexual orientation on alcohol use and alcohol-related problems: Toward a global perspective / T.L. Hughes, S.C. Wilsnack, L.W. Kantor // *Alcohol Research: Current Reviews*. – 2016. – Vol. 38. – No. 1. – P. 121–132.

313. Inchley J., Currie D., Budisavljevic S., Torsheim T., Jåstad A., Cosma A. et al., editors. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. – 2020.

314. Inchley J., Currie D., Budisavljevic S., Torsheim T., Jåstad A., Cosma A. et al., editors. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. – 2020.

315. International Standards on Drug Use Prevention. Second Updated Edition. – UNODC. – 2018. – 60 p. – [Electronic resource] – Accessed: URL: <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>.

316. Johnson E.C. Characterizing Alcohol Expectancies in the ABCD Study: Associations with Sociodemographic Factors, the Immediate Social Environment, and Genetic Propensities / E.C. Johnson, S.E. Paul, B.A. Baranger, A.S. Hatoum, S. Colbert, S. Lin, R. Wolff, A.J. Gorelik, I. Hansen, N. Karcher, R. Bogdan, A. Agrawal // *Behavior Genetics*. - 2023. - Vol. 53. – No. 3. – P. 265-278

317. Kelly J.F. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder / J.F. Kelly, K. Humphreys, M. Ferri // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2020. – Vol. 11. – No. 3.

318. Kessler R.C. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress / R.C. Kessler, G. Andrews, L.J. Colpe, E. Hiripi, D.K. Mroczek, S.L. Normand, E.E. Walters, A.M. Zaslavsky // *Psychological Medicine*. - 2002. - Vol. 6(32). - P. 959–976.

319. Kilian C. Why Is Per Capita Consumption Underestimated in Alcohol Surveys? Results from 39 Surveys in 23 European Countries / C. Kilian, J. Manthey, C. Probst, G.S. Brunborg, E.K. Bye, O. Ekholm, L. Kraus, J. Moskalewicz, J. Sieroslawski, J. Rehm // *Alcohol*. – 2020. - Vol. 14. - No 55(5). - P. 554-563.

320. Kohno M. Executive Control and Striatal Resting-State Network Interact with Risk Factors to Influence Treatment Outcomes in Alcohol-Use Disorder. *Front* / M. Kohno, L.E. Dennis, H. McCready, W.F. Hoffman // *Psychiatry*. – 2017. – Vol. 8. – P. 182.

321. Kotelnikova Z. Prevalence of self-reported alcohol consumption among pregnant women in Russia between 1994 and 2018 / Z. Kotelnikova // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. – 2022. - Vol. 46. – No 5. - P. 825-835.

322. Kougiali Z.G. Mechanisms and processes involved in women's pathways into alcohol dependence and towards recovery: a qualitative meta-synthesis / Z.G. Kougiali, A. Pytlik, K. Soar // *Drugs: Education, Prevention and Policy*. – 2021. –Vol. 28. – No. 2. – P.1-17.

323. Kovacs M. Internalizing Disorders in Childhood / M. Kovacs, B. Devlin // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1998. — Vol. 39. — No. 1. – P. 47-63.

324. Kozyreva P. Data resource profile: the Russia Longitudinal Monitoring Survey - Higher School of Economics (RLMS-HSE) phase II: monitoring the economic and health situation in Russia, 1994-2013 / P. Kozyreva, M. Kosolapov, B.M. Popkin // *International Journal of Epidemiology*. 2016. - No. 45. P. 395-401.

325. Kuralić-Ćišić L. Internalized and Externalized Behavioral Problems in Young Adolescents with Regard to Gender / L. Kuralić-Ćišić, M. Bijedic, A. Cokic, E. Muftić, E. Suljkanovic-Djedovic // *Journal Human Research in Rehabilitation*. – 2022. – Vol. 12. – No. 1. – P. 78-86.

326. Lange S. Prevalence of smoking during pregnancy - Authors' reply / S. Lange, C. Probst, J. Rehm, S. Popova // *Lancet Global Health*.- 2018. - No. 6(12).

327. Ledlie S. Trends, characteristics, and circumstances surrounding stimulant toxicity deaths in Ontario, Canada from 2018 to 2021 / S. Ledlie, P. Leece, J. Yang, A. Iacono, G. Kolla et al. // *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*. – 2025; 170:209614.

328. Lewer D. Seasonal, weekly and other cyclical patterns in deaths due to drug poisoning in England and Wales / D. Lewer, T.D. Brothers, A. Gasparrini, J. Strang // *Addiction*. – 2023. - Vol. 118. - No. 8. – P. 1596-1601.

329. Lintzeris N. Substance use, health status and service utilisation of older clients attending specialist drug and alcohol services / N. Lintzeris, C. Rivas, L.A. Monds, S. Leung, A. Withall, B. Draper // *Drug and Alcohol Review*. – 2016. – Vol. 35. - No. 2. – P. 223-231.

330. Lovibond S.H., Lovibond P.F. Manual for the Depression Anxiety and Stress Scales. (2nd Ed.) / S.H. Lovibond, P.F. Lovibond // Sydney: Psychology Foundation. – 1995. – 42 p.

331. Luszczynska A., Scholz U., Schwarzer R. The general self-efficacy scale: multicultural validation studies / A. Luszczynska, U. Scholz, R. Schwarzer // *Journal of Psychology*. - 2005. - Vol. 139(5). - P. 439–457.

332. Macaulay F. Gendering Drug Policy // In book: *The Impact of Global Drug Policy on Women: Shifting the Needle*. Buxton J., Margo, G., Burger L. (ed.) Emerald Publishing Limited. Bingley. – 2020. – P. 23-32.

333. Mayo-Wilson E. Clearinghouse Standards of Evidence on the Transparency, Openness, and Reproducibility of Intervention Evaluations / E. Mayo-Wilson, S. Grant, L.H. Supplee // *Prevention Science*. – 2022. – Vol. 23. – No. 5. – P. 774-786.

334. McCrady B.S. Treatment Interventions for Women With Alcohol Use Disorder / B.S. McCrady, E.E. Epstein, K.F. Fokas // *Alcohol Research*. – 2020. – Vol. 40. – No. 2. – P. 08.

335. McHugh R.K. Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders / R.K. McHugh, R.D. Weiss // *Alcohol Research: Current Reviews*. – 2019. – Vol. 40. – No. 1.

336. McKee S.A. Consideration of sex and gender differences in addiction medication response / S.A. McKee, A.L. McRae Clark // *Biology of Sex Differences*. – 2022. – Vol. 13. – No. 1. – P. 34.

337. Memmott-Elison M. Associations between prosocial behavior, externalizing behaviors, and internalizing symptoms during adolescence: A meta-analysis / M. Memmott-Elison, H. Holmgren, L.M. Padilla-Walker, A.J. Hawkins // *Journal of Adolescence*. – 2020. – Vol. 80. – No. 1. – P. 98-114.

338. Memmott-Elison M.K. Prosocial behavior and psychopathology: An 11-year longitudinal study of inter- and intraindividual reciprocal relations across childhood and adolescence / M.K. Memmott-Elison, U. Toseeb // *Development and Psychopathology*. – 2022. – P. 1–15.

339. Meyers S.A. The intersection of gender and drug use-related stigma: A mixed methods systematic review and synthesis of the literature / S.A. Meyers, V.A. Earnshaw, B. D'Ambrosio, N.N. Courchesne, D. Werb, L.R. Smith // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2021. – P. 223.

340. Mihic J. Importance of Child Emotion Regulation for Prevention of Internalized and Externalized Problems / J. Mihic, M. Novac // *Journal of Early Childhood Education Research*. – 2018. – Vol. 7. – No. 2. – P. 235–254

341. Miller L.R. Considering sex as a biological variable in preclinical research / L.R. Miller, C. Marks, J.B. Becker, P.D. Hurn, W.J. Chen, T. Woodruff et al. // *FASEB Journal*. - 2017. - Vol. 31. – No.1. – P. 29-34.

342. Miller W.R. Assessing drinkers' motivations for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) / W.R. Miller, J.S. Tonigan // *Psychology of Addictive Behaviors*. – 1996. – Vol. 10. – No 2. –P. 81—89.

343. Motyka M.A. Helping Women Suffering from Drug Addiction: Needs, Barriers, and Challenges / M.A. Motyka, A. Al-Imam, A. Haligowska, M. Michalak // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2022. – Vol. 19. – No. 21. – P. 14039.

344. Murray C.J.L. The Global Burden of Disease Study at 30 years / C.J.L. Murray // *Nat Med*. – 2022. – Vol. 28. – No. 10. – P. 2019-2026.

345. Murray A.L. Sex differences in ADHD trajectories across childhood and adolescence / A.L. Murray, T. Booth, M.P. Eisner, B. Auyeung, G. Murray, D. Ribeaud // *Developmental Science*. – 2018. – Vol. 22. – No. 6. – P. 12721.

346. Neufeld M. Alcohol control policies in Former Soviet Union countries: a narrative review of three decades of policy changes and their apparent effects / M. Neufeld, A. Bobrova, K. Davletov et al. // *Drug Alcohol Rev*. – 2020. – Vol. 40. No. 3. – P. 350–367.

347. Neufeld M. Capturing Russian drinking patterns with the Alcohol Use Disorders Identification Test: An exploratory interview study in primary healthcare and narcology centers in Moscow / M. Neufeld, C. Ferreira-Borges, A. Bunova, B. Gornyi, E. Fadeeva et al. // *PLoS One*. – 2022. – Vol. 10. - № 17(11):e0274166.

348. Neufeld M. Russia's national concept to reduce alcohol abuse and alcohol-dependence in the population 2010–2020: which policy targets have been achieved? / M. Neufeld, J. Rehm, C. Ferreira-Borges et al. // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2020. – Vol. 17. – No. 21. P. 1–53.

349. Neufeld M. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in the Russian language - a systematic review of validation efforts and application challenges / M. Neufeld, A. Bunova, C. Ferreira-Borges, E. Bryun, E. Fadeeva et al. // *Substance abuse treatment, prevention, and policy*. 2021. – Vol. 16. – №. 1. – P. 1-14.

350. Neufeld M. Translating and adapting the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for use in the Russian Federation: A multicentre pilot study to inform validation procedures / M. Neufeld, A. Bunova, E. Fadeeva et al. // *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. – 2023. – Vol. 40. – № 5. – P. 536-553.

351. Newsome J. Sex Differences in Sources of Resilience and Vulnerability to Risk for Delinquency / J. Newsome, J.C. Vaske, K.S. Gehring, D. Boisvert // *Journal of Youth and Adolescence*. – 2016. – Vol. 45. – No. 4. – P. 730-745.

352. Nieweglowski K. Exploring the public stigma of substance use disorder through community-based participatory research / K. Nieweglowski, P.W. Corrigan, T. Tyas, A. Tooley, R. Dubke, J. Lara, L. Washington, J. Sayer, L. Sheehan // *Addiction Research & Theory*. – 2017. – P. 323-329.

353. Novak M., Mihić J. Prevention of Internalized Problems of Children and Youth in Academic Setting. In book: *Health and Academic Achievement*. Bernal-Morales B. (ed.). – 2018. – P. 123-141.

354. Olfson M. Benzodiazepine use in the United States / M. Olfson, M. King, M. Schoenbaum // *JAMA Psychiatry*. – 2015. – Vol. 72. – P. 136-142.

355. Oliva G. What high-risk women are telling us about access to primary and reproductive health care and HIV prevention services / G. Oliva, J. Rienks, M. McDermid // *AIDS Education and Prevention*. – 1999. - Vol. 11. - No. 6. - P. 513-524.

356. Palamar J.J. Trends in seizures of powders and pills containing illicit fentanyl in the United States, 2018 through 2021 / J.J. Palamar, D. Ciccarone, C. Rutherford et al. // *Drug Alcohol Depend*. – 2022. – P. 234.

357. Paul S.E. Associations between cognition and polygenic liability to substance involvement in middle childhood: Results from the ABCD Study / S.E. Paul, A.S. Hatoum, D. Barch, W.K. Thompson, A. Agrawal, R. Bogdan, E.C. Johnson // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2022. – Vol. 232. – No. 3. – P. 109277.

358. Peacock A. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report / A. Peacock, J. Leung, S. Larney, S. Colledge, M. Hickman, J. Rehm, G.A. Giovino, R. West, W. Hall, P. Griffiths, R. Ali, L. Gowing, J. Marsden, A.J. Ferrari, J. Grebely, M. Farrell, L. Degenhardt // *Addiction*. 2018. - Vol. 113(10). – P. 1905-1926.
359. Peltier M.R. Sex differences in stress-related alcohol use / M.R. Peltier, T.L. Verplaetse, Y.S. Mineur, I.L. Petrakis, K.P. Cosgrove, M.R. Picciotto, S.A. McKee // *Neurobiology of Stress*. – 2019. – P. 10.
360. Pinto R. Implementation of evidence-based parenting programs under real-world conditions: Protocol for a scoping review / R. Pinto, C. Canário, O. Cruz, M.J. Rodrigo // *PLoS One*. – 2021. – Vol. 16. – Iss. 8. – P. e0256392.
361. Ponce T.D. Women's alcohol consumption in a Primary Health Care service / T.D. Ponce, A.P. Picciano, D. de Vargas // *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. – 2021. - Vol. 25 (55).
362. Popova S. Counting the costs of drinking alcohol during pregnancy / S. Popova // *Bulletin of the WHO*. – 2017. – Vol. 95. – P. 320-321.
363. Popova S. Epidemiology of Prenatal Alcohol Exposure / S. Popova, D. Dozet // In: Abdul-Rahman, O.A., Petrenko, C.L.M. (eds). *Fetal Alcohol Spectrum Disorders*. Springer. – 2023. – P. 1-16.
364. Popova S. Alcohol's Impact on the Fetus / S. Popova, D. Dozet, K. Shield, J. Rehm, L. Burd // *Nutrients*. – 2021. – Vol. 13. – No 10. – P. 3452.
365. Popova S. Maternal alcohol use, adverse neonatal outcomes and pregnancy complications in British Columbia, Canada: a population-based study / S. Popova, D. Dozet, G. O'Hanlon, V. Temple, J. Rehm // *BMC Pregnancy Childbirth*. - 2021. – Vol. 21. – Iss. 74.
366. Popova S. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis / S. Popova, S. Lange, C. Probst, G. Gmel, J. Rehm // *Lancet Glob. Health*. – 2017. – Vol. 5. – P. 290–299.
367. Rapsey C.M. Transitions Through Stages of Alcohol Use, Use Disorder and Remission: Findings from Te Rau Hinengaro, the New Zealand Mental Health Survey / C.M. Rapsey, J.E. Wells, M.C. Bharat et al. // *Alcohol and Alcoholism*. – 2019. – Vol. 54. – No. 1. – P. 87–96.
368. Rehm J. et al. Adaptation of and Protocol for the Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in the Russian Federation for Use in Primary Healthcare / J. Rehm, M. Neufeld, E. Yurasova, A. Bunova, A. Gil, B. Gornyi, J. Breda, E. Bryun, O. Drapkina, E. Fadeeva et al. // *Alcohol and Alcoholism*. – 2020. – Vol. 55. – No. 6. – P. 624-630.
369. Richards D.K. Measurement Invariance of the Readiness to Change Questionnaire Among Injured Patients Who Received a Brief Intervention for Alcohol Use / D.K. Richards, O.F. Morera, F.J. Schwebel, M.R. Pearson, C.A. Field // *Assessment*. – 2021. – Vol. 29. – No. 8. – P. 1942-1953.
370. Ripabelli G. Alcohol consumption, pregnancy and fetal alcohol syndrome: implications in public health and preventive strategies / G. Ripabelli, L. Cimmino, G. Grasso // *Annali di Igiene*. – 2006. – Vol. 18. – No.5. – P. 391-406.

371. Roberts S. State policies targeting alcohol use during pregnancy and alcohol use among pregnant women 1985-2016: Evidence from the behavioral risk factor surveillance system / S. Roberts, A. Mericle, M. Subbaraman, S. Thomas, R. Treffers, K. Delucchi, W. Kerr // *Womens Health Issues*. – 2019. – Vol.29. – No. 3. – P. 213-221.

372. Rockett I.R. Declared and undeclared substance use among emergency department patients: a population-based study / I.R. Rockett, S.L. Putnam, H. Jia et al. // *Addiction*. – 2006. – Vol. 101. – P. 706-712.

373. Roman P.M. The workplace and alcohol problem prevention / P.M. Roman, T.C. Blum // *Alcohol Research and Health*. – 2002. – Vol. 26. No. 1. – P. 49-57.

374. Rothrauff T.C. Substance abuse treatment for older adults in private centers / T.C. Rothrauff, A.J. Abraham, B.E. Bride et al. // *Substance Abuse*. – 2011. – Vol. 32. – P. 7-15.

375. Rudnicka E. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing, *Maturitas* / E. Rudnicka, P. Napierała, A. Podfigurna, B. Meczekalski, R. Smolarczyk, M. Grymowicz // 2020. - Vol. 1. – 139. – P. 6-11

376. Ruiz S.M. Closing the Gender Gap: The Case for Gender-Specific Alcoholism Research / S.M. Ruiz, M. Oscar-Berman // *Alcoholism and Drug Dependence*. – 2013. – Vol. 1. – No 6. – P. 106

377. Ruiz S.M. Associations Between Personality and Drinking Motives Among Abstinent Adult Alcoholic Men and Women / S.M. Ruiz, M. Oscar-Berman, M.I. Kempainen, M.M. Valmas, K.S. Sawyer // *Alcohol and Alcoholism*. – 2017. – Vol. 52. – No. 4. – P. 1-10.

378. Ruiz S.M. Influence of alcoholism and gender on the relationship between personality and drinking motivation / S.M. Ruiz, M.M. Valmas, K.S. Sawyer, M.I. Kempainen, M. Oscar-Berman // *Addiction Science & Clinical Practice*. – 2014. – Vol. 10. – No. 1. – P. 1-12.

379. Samim D. A 10-year observational study on the trends and determinants of smoking status / D. Samim, M. Mean, C. Clair, P. Marques-Vidal // *PLoS ONE*. – 2018. – Vol. 13. – No. 7. – P. e0200010.

380. Schwarzer R. The General Self-Efficacy Scale (GSE) / R. Schwarzer, M. Jerusalem // *Anxiety Stress Coping*. – 2010. – Vol. 12. – P. 329–345.

381. Seleverstov O. Maternal alcohol exposure during mid-pregnancy dilates fetal cerebral arteries via endocannabinoid receptors / O. Seleverstov, A. Tobiasz, J.S. Jackson et al. // *Alcohol*. – 2017. – Vol. 61. – P. 51–61.

382. Siegrist J. Work stress and health risk behavior / J. Siegrist, A. Rödel // *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. – 2006. – Vol. 32. – No. 6. –P. 473–481.

383. Skitnevskaya L.V. Characteristics of women who drink at risk: a cross-sectional study in the NNR in Russia / L.V. Skitnevskaya, E.N. Volkova, T.N. Balachova // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. - 2014. - Vol. 38. - No. S1. - P. 38A.

384. Smith J.A. Reducing health inequities facing boys and young men of colour in the United States / J.A. Smith, D.C. Watkins, D.M. Griffit // *Health Promotion International*. – 2020. –Vol. 1. – No. 8. – P.1508-1515.

385. Sobell L.C. Timeline Follow-Back: a Technique for Assessing Self-Reported Alcohol Consumption / L.C. Sobell, M.B. Sobell // *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biological Methods*. – 1992. – P. 41–72.

386. Stamates A.L. Daily impulsivity and alcohol expectancies: A multilevel examination of the acquired preparedness model / A.L. Stamates, C. Lau-Barraco, A.L. Braitman // *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. – 2023. – Vol. 47. – No. 3. – P. 540-548.

387. Status report on prison health in the WHO European Region // WHO Regional Office for Europe. – 2019. – [Electronic resource] – Accessed: URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329943/9789289054584-eng.pdf>.

388. Steeger C.M. Common Methodological Problems in Randomized Controlled Trials of Preventive Interventions / C.M. Steeger, P.R. Buckley, F.C. Pampel et al. // *Prevention Science*. – 2021. – Vol. 22. – P.1159–1172.

389. Stillman M.A. Predictors of relapse in alcohol use disorder: Identifying individuals most vulnerable to relapse / M.A. Stillman, J. Sutcliff // *Addiction and Substance Abuse*. – 2020. – Vol. 1. – No 1. – P. 3-8.

390. Sussman S. The motivation, skills, and decision- making model of «drug abuse» prevention / S. Sussman, M. Earleywine, T. Wills et al. // *Substance Use & Misuse*. – 2004. – Vol. 39. – P. 1971- 2016.

391. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care / prepared by R. Humeniuk et al. World Health Organization 2010. – [Electronic resource] – Accessed: URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44320/9789241599382_eng.pdf;jsessionid=F43A89F683B471066E0B754A9244AD08?sequence=1.

392. Tobiasz A.M. The Effect of Prenatal Alcohol Exposure on Fetal Growth and Cardiovascular Parameters in a Baboon Model of Pregnancy / A.M. Tobiasz, J.R. Duncan, Z. Bursac // *Reprod Sci*. – 2018. – Vol. 25. – No. 7. – P. 1116–1123.

393. Tomko C. Mental health and HIV risk differs by co-occurring structural vulnerabilities among women who sell sex / C. Tomko, R.J. Musci, M.R. Kaufman, C.R. Underwood, M.R. Decker, S.G. Sherman // *AIDS Care*. – 2023. - Vol. 35. No. 2. - P. 205-214.

394. Tucker J.A., Chandler S.D., Witkiewitz K. Epidemiology of Recovery From Alcohol Use Disorder / J.A. Tucker, S.D. Chandler, K. Witkiewitz // *Alcohol Research*. – 2020. – Vol. 40. – No. 3. – P. 02.

395. Vafaie N. Association of Drug Cues and Craving with Drug Use and Relapse: A Systematic Review and Meta-analysis / N. Vafaie, H. Kober // *JAMA Psychiatry*. – 2022. – Vol. 79. – No. 2. – P. 641-650.

396. Valente J. Externalizing and internalizing problems as predictors of alcohol-related harm and binge drinking in early adolescence: The role of gender / J. Valente, T. Pietrobon, J. Mihic, S. Caetano, J. Mari, Z.M. Sanchez // *Journal of Affective Disorders*. - 2023. - Vol. 14. – P. 167-174.

397. Vancampfort D. Correlates of Physical Activity Among Middle-Aged and Older Adults with Hazardous Drinking Habits in Six Low- and Middle-Income Countries / D. Vancampfort, B. Stubbs, M. Hallgren, A. Lundin, J. Mugisha, A. Koyanagi // *Journal of Aging and Physical Activity*. – 2018. Vol. – 1. No. 26(4). - P. 589-598.

398. Violence against women Prevalence Estimates, 2018. Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. WHO: Geneva, 2021

399. Volkow N.D. The epidemic of fentanyl misuse and overdoses: challenges and strategies / N.D. Volkow // *World Psychiatry*. – 2021. – Vol. 20. – P. 195 - 206.

400. Volkow N.D. Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention / N.D. Volkow, C. Blanco // *World Psychiatry*. – 2023. – Vol. 22. – No. 2. – P. 203-229.

401. Wadd S. Working with Older Drinkers / S. Wadd, K. Lapworth, M. Sullivan, D. Forrester, S. Galvani // Tilda Goldberg Centre. University of Bedfordshire. – 2011.

402. Walitzer K.S. Gender differences in alcohol and substance use relapse / K.S. Walitzer, R.L. Dearing // *Clinical Psychology Review*. – 2006. – Vol. 26. – No. 2. – P. 128–148.

403. Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2023. – [Electronic resource] – Accessed: URL:

https://www.emcdda.europa.eu/sites/default/files/pdf/13735_en.pdf?547019

404. Walker K.L. SNAP® For Schools: Impact on Internalizing Symptoms / K.L. Walker, K.D. Wright // *In Education*. – 2017. – Vol. 23. – No.10. – P. 26-40.

405. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. Geneva: World Health Organization; 2023. - [Electronic resource]. – Accessed: URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372043/9789240077164-eng.pdf?sequence=1>

406. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2023. - [Electronic resource]. – Accessed: URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372042/9789240077485-eng.pdf?sequence=1>

407. Włodarczyk E. Women with alcohol dependence in the treatment process: Barriers and expectations. In *Social and Individual Contexts of AID, Social Support, and Counseling // Concepts–Discourses–Inspirations*. Piorunek, M., (Ed.). Wydawnictwo Naukowe UAM: Poznań, Poland. – 2018. – Vol. 1. – P. 267–280.

408. World Drug Report 2023 // UNODC. United Nations publication. – 2023. – [Electronic resource] – Accessed: URL: https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_Exsum_fin_DP.pdf.

409. Xiao S.X. Gender differences across multiple types of prosocial behavior in adolescence: A meta-analysis of the prosocial tendency measure-revised (PTM-R) / S.X. Xiao, E.C. Hashi, K.M. Korous, N. Eisenberg // *Journal of Adolescence*. – 2019. – Vol. 77. – P. 41–58.

410. Zilberman M.L. The impact of gender, depression, and personality on craving / M.L. Zilberman, H. Tavares, D.C. Hodgins, N. El-Guebaly // *Journal of Addictive Diseases*. – 2007. – Vol. 26. – P. 79–84.

ТЕСТ ФАГЕРСТРЕМА ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

1. Проснувшись утром, как скоро Вы выкуриваете первую сигарету?*			
☐ в первые 5 минут (3 балла)	☐ Через 6-30 минут (2 балла)	☐ Через 30-60 минут (1 балл)	☐ Через 1 час или позже (0 баллов)
2. Сложно ли Вам воздерживаться от курения в местах, где курение запрещено?			
☐ Да (1 балл)		☐ Нет (0 баллов)	
3. От какой сигареты Вам трудно отказаться?			
☐ От первой сигареты утром (1 балл)		☐ От любой другой (0 баллов)	
4. Сколько сигарет Вы обычно выкуриваете за сутки?			
☐ 10 или менее (0 баллов)	☐ 11-20 (1 балл)	☐ 21-30 (2 балла)	☐ 31 и более (3 балла)
5. Когда Вы курите чаще?			
☐ В первые часы утром, после пробуждения (1 балл)		☐ В течение остального дня (0 баллов)	
6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в постели целый день?			
☐ Да (1 балл)		☐ Нет (0 баллов)	

*Для быстрой оценки тяжести никотиновой зависимости возможно использовать ответ только на первый вопрос

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ТЕСТА ФАГЕРСТРЕМА ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

	Тяжесть никотиновой зависимости	Тактика дальнейших действий специалиста
0-2 балла	Зависимость крайне слабая	✓ Предоставить информационные материалы о неблагоприятном влиянии никотина на здоровье ✓ Повторное обследование через 6 месяцев
3-4 балла	Зависимость слабая	✓ Предоставить информационные материалы о неблагоприятном влиянии никотина на здоровье ✓ Дать краткий совет по ограничению потребления никотинсодержащей продукции
5 балла	Зависимость средней силы	✓ Провести мотивационное консультирование
6-7 балла	Сильная зависимость	✓ Провести мотивационное консультирование ✓ Направить к врачу-психиатру-наркологу
8-10 балла	Очень сильная зависимость	✓ Провести мотивационное консультирование ✓ Направить к врачу-психиатру-наркологу

*Для быстрой оценки тяжести никотиновой зависимости интерпретация следующая:
 0 баллов – слабая зависимость, 1 балл – зависимость средней силы, 2 балла – сильная зависимость, 3 балла – зависимость очень сильная (Сахарова Г.М. и соавт., 2021).

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

КРАТКИЙ ТЕСТ RUS-AUDIT-S ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ

Тест RUS-AUDIT-S (The Russian Alcohol Use Disorders Identification Test – short version) является краткой версией адаптированного и валидированного для Российской Федерации теста, который предназначен для выявления рисков для здоровья, связанных с употреблением алкоголя, на уровне первичной медико-санитарной помощи. Заполнение теста RUS-AUDIT-S проводится медицинским работником в форме интервью.

Краткая инструкция по работе с тестом RUS-AUDIT-S:

1. Работник здравоохранения зачитывает вопрос и варианты ответа. Респондент выбирает подходящий ему вариант ответа.
2. Работник здравоохранения отмечает в отдельном окне бланка анкеты балл, соответствующий выбранному варианту ответа.
3. После завершения прохождения теста медицинский работник подсчитывает баллы и записывает их в бланк анкеты.
4. В зависимости от итоговой суммы баллов медицинский работник оказывает необходимый объем помощи (Тест RUS-AUDIT-S для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя. ВОЗ, 2021).

1. Как часто Вы употребляете как минимум полтора литра пива, или как минимум 180 мл крепкого алкоголя, или как минимум бутылку вина или шампанского (750 мл) в течение 24 часов?				
☐ Никогда (0)	☐ Реже одного раза в месяц (1)	☐ Ежемесячно (2)	☐ Еженедельно (3)	☐ Ежедневно или почти ежедневно (4)
2. Являлось ли Ваше употребление алкогольных напитков причиной травмы у Вас или у других людей?				
☐ Никогда (0)		☐ Да, более 12 месяцев назад (2)	☐ Да, в течение последних 12 месяцев (4)	
3. Случалось ли, что Ваш близкий человек или родственник, друг или врач беспокоился насчет употребления Вами алкоголя или советовал выпивать меньше?				
☐ Никогда (0)		☐ Да, более 12 месяцев назад (2)	☐ Да, в течение последних 12 месяцев (4)	
Укажите количество баллов _____ Максимальное количество баллов 12.				

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТА RUS-AUDIT-S ДЛЯ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Баллы		Уровень риска	Тактика дальнейших действий специалиста
жен-щины	муж-чины		
0-1	0-3	Относительно низкий риск возникновения проблем, связанных с употреблением алкоголя	✓ Предоставить информационные материалы о неблагоприятном влиянии алкоголя на здоровье ✓ Повторное обследование через 6 месяцев
2-4	4-6	Опасное употребление алкоголя – употребление алкоголя, которое увеличивает риск возникновения вредных последствий для человека или для окружающих его людей	✓ Провести углубленный скрининг ✓ Предоставить информационные материалы о неблагоприятном влиянии алкоголя на здоровье ✓ Дать краткий совет по ограничению потребления алкоголя
5	7	Пагубное употребление алкоголя – употребление алкоголя, которое может приводить к вредным последствиям для физического и психического здоровья	✓ Провести мотивационное консультирование
6 и более	8 и более	Риск возможной алкогольной зависимости	✓ Провести мотивационное консультирование ✓ Направить к врачу-психиатру-наркологу

ТЕСТ RUS-AUDIT ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ

Тест RUS-AUDIT (The Russian Alcohol Use Disorders Identification Test) является адаптированным и валидированным для Российской Федерации тестом, который предназначен для выявления рисков для здоровья, связанных с употреблением алкоголя, на уровне первичной медико-санитарной помощи. Заполнение теста RUS-AUDIT проводится медицинским работником в форме интервью.

Краткая инструкция по работе с тестом RUS-AUDIT:

1. Медицинский работник зачитывает вопрос и варианты ответа. Респондент выбирает подходящий ему вариант ответа.
2. Медицинский работник отмечает в отдельном окне бланка анкеты балл, соответствующий выбранному варианту ответа.
3. После завершения прохождения теста медицинский работник подсчитывает баллы и записывает их в бланк анкеты.
4. В зависимости от итоговой суммы баллов медицинский работник оказывает необходимый объем помощи (Тест RUS-AUDIT для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя. ВОЗ, 2021).

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?				
☐ Никогда (0)	☐ Раз в месяц или реже (1)	☐ 2-4 раза в месяц (2)	☐ 2-3 раза в неделю (3)	☐ 4 раза в неделю и чаще (4)
2. Сколько алкогольных напитков (стандартных порций) Вы употребляете в типичный день, когда выпиваете? Стандартная порция (СП) содержит 10 грамм этилового спирта. В таблице представлены примеры одной СП. Если в типичный день Вы употребляете несколько разных алкогольных напитков, то суммируйте число СП. <i>Интервьюер! Покажите цветную таблицу перевода объемов алкогольных напитков в СП.</i>				
Маленький бокал вина или шампанского, 100 мл Крепость 12-13% 	Половина кружки пива, 250 мл Крепость 4,5-5% 	Бокал крепленого вина, 60 мл Крепость 16-22% 	Маленькая рюмка крепкого алкоголя, 30 мл Крепость 40% 	
<i>Интервьюер! Уточните, какой объем алкоголя употребляет респондент. Используйте таблицу ниже для перевода объемов алкогольных напитков в СП. Укажите количество СП, отметьте баллы.</i>				

Вино или шампанское	Пиво	Крепленое вино	Крепкий алкоголь	
до 250 мл	до 650 мл	до 170 мл	до 80 мл	☐ 1-2 СП (0)
251-450 мл	651-1200 мл	171-300 мл	81-140 мл	☐ 3-4 СП (1)
451-660 мл	1201-1750 мл	301-430 мл	141-210 мл	☐ 5-6 СП (2)
661-970 мл	1751-2500 мл	431-640 мл	211-300 мл	☐ 7-9 СП (3)
более 970 мл	более 2500 мл	более 640 мл	более 300 мл	☐ 10 СП и больше (4)

3. Как часто Вы употребляете как минимум полтора литра пива, или как минимум 180 мл крепкого алкоголя, или как минимум бутылку вина или шампанского (750 мл) в течение 24 часов?

☐ Никогда (0)	☐ Реже одного раза в месяц (1)	☐ Ежемесячно (2)	☐ Еженедельно (3)	☐ Ежедневно или почти ежедневно (4)
--------------------------------------	---	---	--	--

4. Как часто за последние 12 месяцев Вы не могли остановиться, начав употреблять алкогольные напитки?

☐ Никогда (0)	☐ Реже одного раза в месяц (1)	☐ Ежемесячно (2)	☐ Еженедельно (3)	☐ Ежедневно или почти ежедневно (4)
--------------------------------------	---	---	--	--

5. Как часто за последние 12 месяцев из-за выпивки Вы не сделали то, что от Вас обычно ожидалось?

☐ Никогда (0)	☐ Реже одного раза в месяц (1)	☐ Ежемесячно (2)	☐ Еженедельно (3)	☐ Ежедневно или почти ежедневно (4)
--------------------------------------	---	---	--	--

6. Как часто за последние 12 месяцев Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после выпивки (опохмелиться)?

☐ Никогда (0)	☐ Реже одного раза в месяц (1)	☐ Ежемесячно (2)	☐ Еженедельно (3)	☐ Ежедневно или почти ежедневно (4)
--------------------------------------	---	---	--	--

7. Как часто за последние 12 месяцев Вы испытывали чувство вины или сожаления после выпивки?

☐ Никогда (0)	☐ Реже одного раза в месяц (1)	☐ Ежемесячно (2)	☐ Еженедельно (3)	☐ Ежедневно или почти ежедневно (4)
--------------------------------------	---	---	--	--

8. Как часто за последние 12 месяцев Вы были неспособны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?

☐ Никогда (0)	☐ Реже одного раза в месяц (1)	☐ Ежемесячно (2)	☐ Еженедельно (3)	☐ Ежедневно или почти ежедневно (4)
--------------------------------------	---	---	--	--

9. Являлось ли Ваше употребление алкогольных напитков причиной травмы у Вас или у других людей?

☐ Никогда (0)	☐ Да, более 12 месяцев назад (2)	☐ Да, в течение последних 12 месяцев (4)
--------------------------------------	---	---

10. Случалось ли, что Ваш близкий человек или родственник, друг или врач беспокоился насчет употребления Вами алкоголя или советовал выпивать меньше?

☐ Никогда (0)	☐ Да, более 12 месяцев назад (2)	☐ Да, в течение последних 12 месяцев (4)
--------------------------------------	---	---

Укажите количество баллов _____
Максимальное количество баллов 40.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТА RUS-AUDIT ДЛЯ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Баллы		Уровень риска	Тактика дальнейших действий специалиста
жен- щины	муж- чины		
0-4	0-8	Относительно низкий риск возникновения проблем, связанных с употреблением алкоголя	✓ Предоставить информационные материалы о неблагоприятном влиянии алкоголя на здоровье ✓ Провести повторное обследование через 6 месяцев
5-9	9-13	Опасное употребление алкоголя – употребление алкоголя, которое увеличивает риск возникновения вредных последствий для человека или для окружающих его людей	✓ Провести углубленный скрининг ✓ Предоставить информационные материалы о неблагоприятном влиянии алкоголя на здоровье ✓ Дать краткий совет по ограничению потребления алкоголя
10	14-16	Пагубное употребление алкоголя – употребление алкоголя, которое может приводить к вредным последствиям для физического и психического здоровья	✓ Провести мотивационное консультирование
11 и более	17 и более	Риск возможной алкогольной зависимости	✓ Провести мотивационное консультирование ✓ Направить к врачу психиатру-наркологу

РАЗДЕЛ I. ИНФОРМАЦИЯ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**1. Чтобы ребенок родился здоровым, беременная должна....**

	Очень важно	Важно	Не имеет значения	Не важно	Совершенно не важно
...регулярно посещать врача	☐	☐	☐	☐	☐
...посещать курсы для беременных	☐	☐	☐	☐	☐
...правильно питаться	☐	☐	☐	☐	☐
...избегать эмоционального напряжения (стресса)	☐	☐	☐	☐	☐
...сохранять позитивное настроение	☐	☐	☐	☐	☐
...избегать пассивного курения	☐	☐	☐	☐	☐
... полностью отказаться от курения	☐	☐	☐	☐	☐
... полностью отказаться от употребления алкоголя	☐	☐	☐	☐	☐
... полностью отказаться от употребления наркотиков	☐	☐	☐	☐	☐

2. Планируете ли Вы беременность...

...в будущем?	Да ☐	Нет ☐
...в ближайшие 12 месяцев?	Да ☐	Нет ☐
...беременна в настоящий момент	Да ☐	Нет ☐

3. Если Вы забеременеете...

... то измените свое потребление алкоголя?	Да ☐	Нет ☐
... то уменьшите свое потребление алкоголя?	Да ☐	Нет ☐
.... то полностью откажетесь от употребления алкоголя?	Да ☐	Нет ☐

4. Из какого источника Вы обычно получаете информацию о здоровье о поддержании здоровья, последствиях вредных привычек, способах профилактики заболеваний?

Личные беседы с врачом или медицинским работником ☐	Телевидение ☐	Статьи и специальные сайты в Интернете ☐
Информационные буклеты и листовки ☐	Обсуждения в социальных сетях ☐	Собственные знания и образование ☐

РАЗДЕЛ II. ИНФОРМАЦИЯ ОБ АЛКОГОЛЕ

1. Употребляли ли Вы спиртные напитки хотя бы раз в жизни?				
Да ☐		Нет ☐		
2. Употребляли ли Вы спиртные напитки за последние 12 месяцев?				
Да ☐		Нет ☐		
3. Как часто за последние 12 месяцев Вы употребляли как минимум полтора литра пива, или как минимум 180 мл крепкого алкоголя, или как минимум бутылку вина или шампанского (750 мл) в течение 24 часов?				
Никогда ☐	Реже одного раза в месяц ☐	Ежемесячно ☐	Еженедельно ☐	Ежедневно или почти ежедневно ☐
4. Являлось ли Ваше употребление алкогольных напитков причиной травмы у Вас или у других людей?				
Никогда ☐	Да, более 12 месяцев назад ☐	Да, в течение последних 12 месяцев ☐		
5. Случалось ли, что Ваш близкий человек или родственник, друг или врач беспокоился насчет употребления Вами алкоголя или советовал выпивать меньше?				
Никогда ☐	Да, более 12 месяцев назад ☐	Да, в течение последних 12 месяцев ☐		
6. Есть ли среди Ваших друзей или знакомых женщины, которые употребляли алкоголь во время беременности?				
Нет ☐	Да, несколько ☐	Да, большинство ☐		

РАЗДЕЛ III. ИНФОРМАЦИЯ О ФЕТАЛЬНОМ АЛКОГОЛЬНОМ СИНДРОМЕ

1. Знаете ли Вы о вредных последствиях употребления алкоголя во время беременности для плода?	
Да ☐	Нет ☐
2. Слышали ли Вы когда-нибудь о фетальном алкогольном синдроме?	
Да ☐	Нет ☐

3. Что Вы думаете о влиянии количества употребляемого беременной женщиной алкоголя на плод?				
Каждый из представленных примеров соответствует одной стандартной порции алкоголя (содержит по 10 грамм этилового спирта)	Маленький бокал вина или шампанского, 100 мл 	Половина кружки пива, 250 мл 	Бокал крепленого вина, 60 мл 	Маленькая рюмка крепкого алкоголя, 30 мл 
А. Употребление одной стандартной порции алкоголя каждый день во время беременности:				
безопасно ☐	не очень опасно ☐	небезопасно ☐	опасно ☐	не знаю ☐
Б. Употребление трех-четырех стандартных порций алкоголя раз в неделю во время беременности:				
безопасно ☐	не очень опасно ☐	небезопасно ☐	опасно ☐	не знаю ☐
В. Употребление двух-трех стандартных порций алкоголя два-три раза за всю беременность:				
безопасно ☐	не очень опасно ☐	небезопасно ☐	опасно ☐	не знаю ☐
Г. Употребление одной-двух стандартных порций алкоголя за всю беременность:				
безопасно ☐	не очень опасно ☐	небезопасно ☐	опасно ☐	не знаю ☐

4. Употребление алкоголя во время беременности может в дальнейшем приводить к формированию у ребенка фетального алкогольного синдрома, который включает

...физические нарушения	☐	...зависимость от алкоголя	☐
...деформации лица и черепа	☐	...психические нарушения	☐
...задержку развития	☐	...дефицит внимания, гиперактивность	☐
...умственную отсталость	☐	...поведенческие нарушения	☐
...повреждения нервной системы	☐	...проблемы в обучении	☐
...психологические и эмоциональные проблемы	☐	Другое _____ (уточните)	☐

РАЗДЕЛ IV. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

1. Пожалуйста, укажите Ваш возраст: _____ лет			
2. Ваше семейное положение?			
Замужем ☐	Не замужем ☐	Разведена ☐	Вдова ☐
3. Сколько у Вас детей?			
Детей нет ☐	1 ребенок ☐	2 ребенка ☐	3 и более детей ☐
4. Какое у Вас образование?			
Неполное среднее ☐	Неполное среднее профессиональное ☐		Неполное высшее ☐
Общее среднее ☐	Среднее профессиональное ☐		Высшее ☐
5. Каков был Ваш основной род занятий в последние 12 месяцев?			
Полная занятость ☐	Частичная занятость или случайные заработки ☐		Учеба ☐
Работа на дому ☐	Ведение домашнего хозяйства ☐		Не работаю ☐

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Г	Ф	И	О	Д	Д	М	Е	С	№	№	Г=Город / ФИО специалиста / ДД=дата / МЕС=1-е три буквы / №=пациент в этот день
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

Возраст _____ лет Срок беременности _____ недель
Причина обращения или направления _____

Какую формулировку Вы использовали для начала разговора о ПАВ?

Запишите вопрос, который Вы задали. Если вопрос повторялся, то можно указать «Тот же, что в ДД-МЕС-№»

Поддержал ли пациент беседу на тему вредных привычек? ☐ Да ☐ Нет

Если «Нет» – как объяснил свой отказ?

Желательно дословно и как можно более точно воспроизвести аргументацию пациента

Курение: В жизни? ☐ Да ☐ Нет За 12 месяцев до беременности? ☐ Да ☐ Нет

Во время беременности? ☐ Да ☐ Нет

Алкоголь: В жизни? ☐ Да ☐ Нет За 12 месяцев до беременности? ☐ Да ☐ Нет

Во время беременности? ☐ Да ☐ Нет

Результаты скрининговых тестов по 12 месяцам до беременности (если о 12 месяцах до беременности ответ «Да»)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Сумма
Тест Фагерстрёма							X	X	X	X	
Тест Rus-AUDIT											

Ответы на краткие вопросы

Курение

До беременности

В среднем, сколько сигарет Вы выкуривали в сутки до беременности? _____ шт.

Другая форма курения: _____ (какая?) В сутки
_____ (сколько?)

Во время беременности (если про курение во время беременности ответ «Да»)

В среднем, сколько сигарет Вы выкуривали в сутки во время беременности? _____ шт.

Другая форма курения: _____ (какая?) В сутки
_____ (сколько?)

В сравнении с 12 мес. до беременности курение: ☐ значительно реже ☐ немного реже ☐ на том же уровне ☐ выше

Употребление алкоголя

До беременности (если про употребление алкоголя за 12 месяцев до беременности ответ «Да»)

Последнее употребление алкоголя до бер.: дата _____ напиток
_____ объем _____ мл.

Во время беременности (если про употребления алкоголя во время беременности ответ «Да»)

Сколько раз случилось употребление алкоголя во время беременности? _____ раз

Последнее употр. алкоголя во время бер.: дата _____ напиток
_____ объем _____ мл.

Если алкоголь употреблялся более одного раза, укажите дату, напиток и объем каждого в примечаниях или на обороте.

В сравнении с 12 мес. до беременности алкоголь: ☐ значительно реже ☐ немного реже ☐ на том же уровне ☐ выше

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ДЛЯ ВСЕХ ЖЕНЩИН: Употребление алкогольных напитков в любом количестве и курение во время беременности недопустимы из-за негативного влияния на развитие плода и исход беременности. Всем женщинам необходимо полностью прекратить употребление алкоголя и курение во время беременности, а также грудного вскармливания.

☐Сообщено

ДЛЯ КУРЯЩИХ БЕРЕМЕННЫХ: Курение следует как можно быстрее прекратить, а если это не будет получаться - хотя бы постарайтесь максимально сократить курение.

☐Сообщено

ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ: Употребление алкоголя во время беременности и грудного вскармливания необходимо исключить полностью и в любых количествах.

☐Сообщено

ДЛЯ УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ЛЮБЫЕ ПАВ: Могу рассказать Вам, куда Вы можете обратиться за анонимной и бесплатной консультацией по поводу вредных привычек.

☐Информация предоставлена

ПРИМЕЧАНИЯ

Любые особенности курения, употребления алкоголя, вопросы, сообщенная дополнительная информации или другие важные особенности. При необходимости используйте обратную сторону формы

Степень мотивации к отказу от употребления ПАВ?

- ☐ Отсутствие мотивации
☐ Слабая мотивация
☐ Сильная мотивация

На какой стадии (этапе) цикла изменений находится Ваш собеседник?

- | | |
|---|--|
| ☐ Сопротивление изменениям | ☐ Действие |
| ☐ Обдумывание изменений | ☐ Сохранение изменений |
| ☐ Подготовка к изменениям | ☐ Рецидив |
| | ☐ Стабильный здоровый образ жизни |

Отношения к изменению употребления указанного ПАВ?

Плюсы продолжения употребления данного ПАВ	Минусы продолжения употребления данного ПАВ
Плюсы отказа от употребления данного ПАВ	Минусы отказа от употребления данного ПАВ

ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Пожалуйста, сообщите, какие варианты вмешательств Вы осуществили.

Информирование о вреде употребления данного ПАВ

Содержание предоставленной информации о вреде данного ПАВ

Краткий совет

Содержание краткого совета об изменении поведения, связанного с употреблением данного ПАВ

Мотивационная беседа

Содержание мотивационной беседы
об изменении поведения, связанного с употреблением ПАВ, использованные техники МК

Была ли назначена следующая встреча?

На какую дату? « »

Через какой срок? _____

ПРИМЕЧАНИЯ и ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

ТЕХНИКА ВЗВЕШИВАНИЯ АРГУМЕНТОВ «ЗА» И «ПРОТИВ»**Оценка положительных и отрицательных аспектов изменения или сохранения поведения, связанного с употреблением ПАВ**

Инструкция:

А Зафиксируйте аргументы, которые пациент приводит в качестве плюсов сохранения поведения, связанного с употреблением табака, алкоголя или наркотиков. Записываются все аргументы

Б Зафиксируйте аргументы, которые пациент приводит в качестве минусов сохранения поведения, связанного с употреблением табака, алкоголя или наркотиков. Записываются все аргументы

В Зафиксируйте аргументы, которые пациент приводит в качестве плюсов изменения поведения, связанного с употреблением табака, алкоголя или наркотиков. Записываются все аргументы

Г Зафиксируйте аргументы, которые пациент приводит в качестве минусов к изменению поведения, связанного с употреблением табака, алкоголя или наркотиков. Записываются все аргументы

ПЛЮСЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ	МИНУСЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ
✓ ✓ ✓ ✓ ✓ А	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ Б
ПЛЮСЫ ОТКАЗА ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ	МИНУСЫ ОТКАЗА ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ
✓ ✓ ✓ ✓ ✓ В	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ Г

ЛИСТ ДЛЯ АНАЛИЗА УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ИЛИ ДНЕВНИК ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ²⁵

Инструкция по ведению «Листа для анализа употребления алкоголя»:

Будьте честны с собой при заполнении дневника. Тогда Вы сможете оценить реальную ситуацию с потреблением табака или алкоголя, риски, связанные с их употреблением, необходимость или свою готовность к изменениям.

Записывайте и плохое, и хорошее, случившееся с Вами после употребления табака или алкоголя.

Если за день Вы курите или употребляете алкоголь несколько раз, записывайте эти приемы по отдельности.

Старайтесь заполнять дневник сразу после употребления табака или алкоголя, чтобы не забыть количество.

После нескольких недель ведения дневника Вы сможете совместно с врачом или психологом подвести итоги и проанализировать свои привычки при помощи следующих вопросов:

- Сколько алкоголя в день и в неделю Вы обычно употребляете?
- Употребляете ли Вы алкоголь в значительных количествах, представляющих опасность для здоровья (более полутора литров пива, или более 180 мл крепкого алкоголя, или более бутылки вина или шампанского (более 750 мл) в течение 24 часов?
- В какое время дня Вы обычно начинаете употреблять алкоголь?
- Чем еще Вы занимаетесь, когда употребляете алкоголь?
- Сколько времени в день Вы тратите на употребление алкоголя?
- Сколько денег Вы тратите на алкоголь?
- Где и с кем Вы употребляете алкоголь?

Также можно подумать, происходит ли что-то (хорошее или плохое) с Вами в процессе употребления алкоголя.

²⁵ Модифицированный вариант может использоваться для анализа потребления никотинсодержащей продукции

Лист для анализа употребления алкоголя

Точное заполнение этого листа может помочь Вам объективно оценить своё употребление алкоголя и впоследствии проанализировать (лучше с помощью специалиста), является ли Ваше употребление проблемным и не требуется ли его уменьшить. Если Вы приняли решение снизить количество употребляемого алкоголя, заполнение этого листа поможет проследить, насколько успешно Вы движетесь к поставленной цели.

Дата (ДД/ММ)	ПН ДД/ММ	ВТ ДД/ММ	СР ДД/ММ	ЧТ ДД/ММ	ПТ ДД/ММ	СБ ДД/ММ	ВС ДД/ММ
Напиток							
Объем (мл)							
Крепость (% об.)							
Время (с – по)	-	-	-	-	-	-	-
Место							
Повод							
С кем							
Расходы							
Дата (ДД/ММ)	ПН ДД/ММ	ВТ ДД/ММ	СР ДД/ММ	ЧТ ДД/ММ	ПТ ДД/ММ	СБ ДД/ММ	ВС ДД/ММ
Напиток							
Объем (мл)							
Крепость (% об.)							
Время (с – по)	-	-	-	-	-	-	-
Место							
Повод							
С кем							
Расходы							
Дата (ДД/ММ)	ПН ДД/ММ	ВТ ДД/ММ	СР ДД/ММ	ЧТ ДД/ММ	ПТ ДД/ММ	СБ ДД/ММ	ВС ДД/ММ
Напиток							
Объем (мл)							
Крепость (% об.)							
Время (с – по)	-	-	-	-	-	-	-
Место							
Повод							
С кем							
Расходы							
Дата (ДД/ММ)	ПН ДД/ММ	ВТ ДД/ММ	СР ДД/ММ	ЧТ ДД/ММ	ПТ ДД/ММ	СБ ДД/ММ	ВС ДД/ММ
Напиток							
Объем (мл)							
Крепость (% об.)							
Время (с – по)	-	-	-	-	-	-	-
Место							
Повод							
С кем							
Расходы							
Дата (ДД/ММ)	ПН ДД/ММ	ВТ ДД/ММ	СР ДД/ММ	ЧТ ДД/ММ	ПТ ДД/ММ	СБ ДД/ММ	ВС ДД/ММ
Напиток							
Объем (мл)							
Крепость (% об.)							
Время (с – по)	-	-	-	-	-	-	-
Место							
Повод							
С кем							
Расходы							

Этого листа хватит на 4-5 недель. Следующий лист можно взять у специалиста или загрузить файл для распечатки с сайта [ННЦ наркологии по ссылке <http://нпц.ру>](http://нпц.ру). Там же находится памятка по ведению дневника. Для правильных выводов важнее всего первые две строки, но для более полного понимания ситуации можно заполнить все строки.