

4. Prohorova M. V. Fenomen odinochestva pozhihlyh ljudej: sotsiologičeskij analiz: Dis. ... kand. sotsiol. nauk. Nizhnij Novgorod, 2007.
5. Psihologija čeloveka ot rozhdenija do smerti. Spb.: PRAJM-EVROZNAK, 2002.
6. Romanova N. P. Sotsial'no-filosofskij analiz fenomena odinochestva // Vestnik Chitinskogo gosudarstvennogo universiteta. 2010. № 1. S. 142–148.
7. Bannwitz Johannes. Emotionale und soziale Einsamkeit im Alter. Eine empirische Analyse mit dem Alterssurvey 2002. Diplomarbeit im Fach Soziologie. Köln, 2009.
8. Bohn Caroline. Einsamkeit im Spiegel der sozialwissenschaftlichen Forschung. Dissertation zur Erlangung des Grades einer Doktorin der Philosophie. Dortmund, 2006.
9. Boomsma Dorret I., John T. Cacioppo, Bengt Muthen, Asparouhov Tihomir und Shaunna Clark. Longitudinal genetic analysis for loneliness in Dutch twins // Twin Re-search and Human Genetics. 2007. № 10 (2). S. 267–273.
10. Elbing E. Einsamkeit. Psychologische Konzepte, Forschungsbefunde und Treatmentansätze. Göttingen: Hogrefe, 1991.
11. Prince M. J., Harwood R. H., Blizard R. A., Thomas A. und Mann A. H. Sotsial support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. // Psychological Medicine. 1997. № 27 (2). P. 323–332.
12. Tesch-Römer C. Einsamkeit. In: H.-W. Wahl / C. Tesch-Römer (Hrsg.), Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer, 2000. S. 163–167.
13. Wenger G. C. u. a. Sotsial Isolation and loneliness in old age: Review and model refinement. Ageing and Society, 1996. P. 333–358.

**Ю. В. Мухитова**

Победитель конкурса поддержки публикационной активности молодых исследователей (проект 3.1.2, ПСР РГПУ им. А. И. Герцена)

### **ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ РАСПОЗНАВАНИИ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ДЕФЕКТА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

*Статья посвящена проблеме диагностики психических функций у больных шизофренией при оценке степени выраженности психического дефекта. Особое внимание уделяется вопросам, связанным с диагностическим аппаратом, позволяющим упростить процедуру определения степени выраженности психического дефекта, с разработкой диагностических таблиц и выявлением наиболее информативных показателей для установления степени выраженности психического дефекта.*

**Ключевые слова:** шизофрения, когнитивные функции, психический дефект, диагностический коэффициент.

**Iu. Mukhitova**

### **Diagnostics of Cognitive Processes while Identifying the Degree Defects in Patients with Schizophrenia**

*The article discusses the issues of diagnosing psychic functions in patients with schizophrenia in assessing the severity of psychic defect. The study was conducted on a sample of 70 people, the comparison group were assigned on the basis of assessment of the severity of psychic defect. A special attention is paid to the diagnostic device, which allows to simplify the procedure for determining the psychic defect, the design of diagnostic tables, and identifying the most informative indicators to determine the severity of psychic defect.*

**Keywords:** schizophrenia, cognitive function, psychic defect, diagnostic factor.

Начиная с момента выделения шизофрении в отдельную нозологическую единицу и по настоящее время, данное заболевание рассматривается как мультифакторное полиморфное эндогенное расстройство или группа психических расстройств с полигенным механизмом наследования (генетические факторы, факторы внешней и внутренней среды индивида), связанных с дезинтеграцией процессов мышления и эмоциональных реакций и с формированием дефекта с необратимыми изменениями личности и с угнетением психической активности [17; 20]. Это заболевание характеризуется: уникальной картиной феноменологического полиморфизма психических расстройств [6]; высоким показателем распространенности (в пределах 0,8–1%, что составляет 15 человек на 100 000 населения в мире), высоким процентом госпитализаций и высоким уровнем инвалидизации (39,9% случаев от общего числа инвалидов по психическим заболеваниям; что, по данным ВОЗ, входит в десятку ведущих причин инвалидности) [4]; специфическим патоморфозом и патопластикой заболевания [13; 16]. В связи с этим возникает необходимость разработки комплексного подхода в лечении и реабилитации, повышения эффективности и качества оказываемой медицинской помощи, увеличения адаптационных и компенсаторных возможностей больных [2], необходимость разработки более точного экспериментального материала и диагностических критериев для оценки степени выраженности нарушений психических функций, в особенности при оценке психического дефекта [7; 19]. Дефект при шизофрении рассматривают как интеллектуальное снижение (слабумие), формирующееся в процессе заболевания в виде последовательной цепи негативных изменений от малозаметной деформации личностного склада до расстройств мышления; как общее снижение психической активности, согласно концепции дис-

солюции психической деятельности Дж. Джексона, или как редукция энергетического потенциала, согласно представлениям К. Конрада и Дж. Хабера [1; 11]. Когнитивные расстройства (нарушения внимания, восприятия и мышления, исполнительной функции), описанные еще в работах Э. Крепелина и Е. Блейлера, выделяются в отдельный кластер патологических нарушений наряду с позитивной и негативной симптоматикой и определяются как один из компонентов шизофренического дефекта, затрудняющий социальную адаптацию и приводящий к формированию ряда вторичных нарушений, инвалидизации [9; 11; 12; 15; 21].

Задачей данного исследования является уточнение вклада состояния когнитивных функций (внимание, память, мышление) в общую картину психического дефекта у больных шизофренией для разработки более точного подхода к вопросам дифференциальной диагностики степени выраженности дефекта в рамках проведения медико-социальной экспертизы, обоснования реабилитационной тактики в отношении конкретного больного с разным уровнем психического дефекта [5; 14].

На базе амбулаторного отделения городского психоневрологического диспансера № 7 (со стационаром) было обследовано 104 человека в возрасте 25–40 лет (52 мужчины и 52 женщины) с диагнозом «шизофрения параноидная» (F 20.0 по МКБ-10), «шизофрения кататоническая» (F 20.2 по МКБ-10), «шизофрения простая», со стажем заболевания от одного года до 15 лет (F 20.6 по МКБ-10). Диагноз устанавливался врачом-психиатром в соответствии с критериями МКБ-10.

Все обследованные по критерию степени выраженности психического дефекта, определяемого на основании решения экспертной врачебной комиссии или медико-социальной комиссии, были объединены в

три группы: 1-я группа — легкая степень психического дефекта по шизофреническому типу (12 человек, или 14%; 6 мужчин, 6 женщин); 2-я группа — умеренная степень психического дефекта по шизофреническому типу (30 человек, или 40%; 12 мужчин, 18 женщин); 3-я группа — выраженная степень психического дефекта по шизофреническому типу (62 человека, или 46%; 34 мужчины и 28 женщин).

Для оценки состояния психических функций в рамках проведения патопсихологического обследования применялись следующие экспериментально-психологические методы: внимание — таблицы Шульте, память — 10 слов, мышление (динамика, уровень обобщения/конкретность, нарушение процесса обобщения, мотивационно-личностный компонент) — методика «Исключение предметов», «Сравнение понятий» (предъявлялось 15 пар), «Пословицы» (четыре пословицы) [3; 10]. Состояние каждой психической функции было характеризовано: 0 — отсутствие каких-либо нарушений; 1 — нарушения в легкой степени или нарушения единичного характера; 2 — нарушения в умеренной степени; 3 — нарушения в выраженной степени. Обработка и анализ данных осуществлялся с помощью применения метода последовательной диагностической процедуры [8].

Проведенный расчет диагностических таблиц распознавания степени выраженности дефекта на основании оценки состояния психических функций позволяет выделить в качестве наиболее информативных такие показатели: при проведении дифференциальной диагностики легкой и умеренной степени выраженности психического дефекта — память ( $I=0,0164821$ ), искажение процесса обобщения ( $I=0,016313$ ), динамика мышления ( $I=0,016241$ ); при дифференциальной диагностике легкой и выраженной степени психического дефекта — память ( $I=2,1368404$ ), конкретность мышления ( $I=1,8824678$ ), внимание ( $I=1,442796$ ), мотивационно-личностный компонент ( $I=1,0254029$ ); при дифференциальной диагностике умеренной и выраженной степени психического дефекта — память ( $I=1,4889672$ ), конкретность мышления ( $I=0,828407$ ), динамика мышления ( $I=0,7024463$ ) (табл. 1). В качестве диагностического порога выбраны величины [+9; -9], что обеспечивает не более 10% ошибок первого и второго рода. Вынесение решения о степени выраженности психического дефекта осуществляется при применении табл. 2 путем суммирования диагностических коэффициентов по результатам диагностики состояния психических функций до достижения одной из границ диагностического порога (табл. 2).

Таблица 1

Диагностическая таблица для распознавания степени выраженности психического дефекта у больных шизофренией

Психическая функция	Диапазон признака	Легкая степень психического дефекта/ Умеренная степень психического дефекта		Легкая степень психического дефекта/ Выраженная степень психического дефекта		Умеренная степень психического дефекта/ Выраженная степень психического дефекта	
		Диагностический коэффициент	Информативность признака	Диагностический коэффициент	Информативность признака	Диагностический коэффициент	Информативность признака
Внимание	0	1	0,0167232	-1	0,529917	-1	0,1336558
	1	1	0,0164821	-2	0,6792412	-1	0,140714

Психическая функция	Диапазон признака	Легкая степень психического дефекта/ Умеренная степень психического дефекта		Легкая степень психического дефекта/ Выраженная степень психического дефекта		Умеренная степень психического дефекта/ Выраженная степень психического дефекта	
		Диагностический коэффициент	Информативность признака	Диагностический коэффициент	Информативность признака	Диагностический коэффициент	Информативность признака
	2	1	0,0162411	-1	0,233638	-1	0,0391079
	3	0	0	0	0	0	0
	Суммарный	3	0,0151446	-4	<b>1,442796</b>	-3	0,3134777
	Память	0	0	0	2	0,880812	6
	1	-1	0,0164821	0	0,271609	1	0,1603942
	2	0	0	-1	0,7391825	-1	0,1729066
	3	0	0	-3	0,237967	1	0,203005
	Суммарный	-1	<b>0,0164821</b>	-2	<b>2,1368404</b>	7	<b>1,4889672</b>
	Конкретность мышления	0	0	0	0	0	0
1		0	0	2	0,4440406	6	0,4763305
2		0	0	-1	0,5095147	-1	0,1146782
3		0	0	-2	0,9289125	-1	0,237398
Суммарный		0	0	-1	<b>1,8824678</b>	4	<b>0,828407</b>
Динамика мышления	0	-1	0,016241	2	0,6087350	4	0,5943161
	1	0	0	-9	0,0105226	2	0,0102557
	2	0	0	0	0,3049808	-1	0,1081130
	3	0	0	0	0	0	0
	Суммарный	-1	<b>0,016241</b>	-7	0,9242384	5	<b>0,7024463</b>
Искажение процесса обобщения	0	0	0	0	0	0	0
	1	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	-1	0,000001	-1	0,0104815
	3	-1	0,016313	-2	0,805841	-1	0,2618392
	Суммарный	-1	<b>0,016313</b>	-3	0,805842		0,2723207
Мотивационно-личностный компонент мышления	0	0	0	0	0,0974476	-1	0,0314683
	1	0	0	0	0,3971481	-1	0,1337630
	2	0	0	-2	0,5308071	-1	0,1356562
	3	0	0	0	0	0	0
	Суммарный	0	0	-2	<b>1,0254029</b>	-3	0,3008877

Таблица 2

**Диагностическая таблица для определения степени выраженности психического дефекта у больных шизофренией на основании оценки состояния когнитивных функций**

Психическая функция	Диапазоны показателей /Диагностический коэффициент		
	Легкая степень психического дефекта/ Умеренная степень психического дефекта	Легкая степень психического дефекта/ Выраженная степень психического дефекта	Умеренная степень психического дефекта/ Выраженная степень психического дефекта
1. Внимание	$\frac{0 < \underline{1} < \underline{2} < \underline{3}}{1 \ 1 \ 1 \ 0}$	$\frac{0 < \underline{1} < \underline{2} < \underline{3}}{-1 \ -2 \ -1 \ 0}$	$\frac{0 < \underline{1} < \underline{2} < \underline{3}}{-1 \ -1 \ -1 \ 0}$
2. Память	$\frac{0 < \underline{1} < \underline{2} < \underline{3}}{0 \ -1 \ 0 \ 0}$	$\frac{0 < \underline{1} < \underline{2} < \underline{3}}{2 \ 0 \ -1 \ -3}$	$\frac{0 < \underline{1} < \underline{2} < \underline{3}}{6 \ 1 \ -1 \ 3}$
3. Конкретность мышления	$\frac{0 < \underline{1} < \underline{2} < \underline{3}}{0 \ 0 \ 0 \ 0}$	$\frac{0 < \underline{1} < \underline{2} < \underline{3}}{0 \ 2 \ -1 \ -2}$	$\frac{0 < \underline{1} < \underline{2} < \underline{3}}{0 \ 6 \ -1 \ -1}$
4. Динамика мышления	$\frac{0 < \underline{1} < \underline{2} < \underline{3}}{-1 \ 0 \ 0 \ 0}$	$\frac{0 < \underline{1} < \underline{2} < \underline{3}}{2 \ -9 \ 0 \ 0}$	$\frac{0 < \underline{1} < \underline{2} < \underline{3}}{4 \ 2 \ -1 \ 0}$
5. Искажение процесса обобщения	$\frac{0 < \underline{1} < \underline{2} < \underline{3}}{0 \ 0 \ 0 \ -1}$	$\frac{0 < \underline{1} < \underline{2} < \underline{3}}{0 \ 0 \ -1 \ -2}$	$\frac{0 < \underline{1} < \underline{2} < \underline{3}}{0 \ 0 \ -1 \ -1}$
6. Мотивационно-личностный компонент мышления	$\frac{0 < \underline{1} < \underline{2} < \underline{3}}{0 \ 0 \ 0 \ 0}$	$\frac{0 < \underline{1} < \underline{2} < \underline{3}}{0 \ 0 \ -2 \ 0}$	$\frac{0 < \underline{1} < \underline{2} < \underline{3}}{-1 \ -1 \ -1 \ 0}$

В связи с недостаточной разработанностью диагностического аппарата и актуальностью вопросов, связанных с дифференциальной диагностикой в рамках проведения медико-социальной экспертизы с участием психолога в оценке степени выраженности нарушений психических функций видится необходимым поиск более удобных и точных диагностических подходов в оценке психического дефекта у больных шизофренией [18]. Данное исследование посвящено поиску такого подхода, адаптации схемы оценки степени выраженности психического дефекта у больных шизофренией. В рамках разработки диагностических таблиц было продемонстрировано, что наиболее информативными в оценке степени выраженности дефекта являются: память, искажение процесса обобщения, динамика мышления при дифференциальной диагностике легкой и умеренной степени выра-

женности психического дефекта; память, конкретность мышления, внимание, мотивационно-личностный компонент мышления — при дифференциальной диагностике легкой и выраженной степени психического дефекта; при дифференциальной диагностике умеренной и выраженной степени психического дефекта — память, конкретность мышления, динамика мышления. Применение данных таблиц позволит определять степень выраженности психического дефекта на основании оценки состояния психических функций.

**Вывод**

Наиболее информативным в проведении дифференциальной диагностики степени выраженности дефекта у больных шизофренией являются показатели состояния психических функций — такие, как показатели динамики мышления, памяти и конкретности мышления.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Абрамов В. А., Путятин Г. Г., Абрамов А. В.* Психический дефект при шизофрении и проблема госпитализма // Психиатрия и медицинская психология. 2008. № 1 (18). С. 101–116.
2. *Адамс А. Л., Джангильдин Ю. Т.* Психотерапевтическое потенцирование эффективности лечебно-реабилитационного процесса у больных шизофренией в условиях дневного стационара // Современные методы психотерапии: Материалы ежегодн. научно-практич. симпоз. / Под ред. С. А. Осиповой, В. И. Курпатов. СПб.: СПбМАПО, 2011. С. 11–16.
3. *Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н.* Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов. М.: Московский психолого-социальный институт, 2009. 624 с.
4. *Вид В. Д.* Психотерапия шизофрении. 3-е изд. СПб.: Питер, 2008. 512 с.
5. *Войтенко Р. М.* Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии. СПб.: ИКФ Фолиант, 2002. 256 с.
6. *Гильбурд О. А.* Шизофрения: семиотика, герменевтика, социология, антропология. М.: Видар, 2007. 360 с.
7. *Горьковая И. А.* Основные направления исследований в патопсихологии // Известия РГПУ им. А. И. Герцена. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2011. № 139. С. 21–26.
8. *Гублер Г. В.* Вычислительные методы распознавания патологических процессов, М., 1976. 316 с.
9. *Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Магомедова М. В.* Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией и шизоаффективными расстройствами на различных этапах заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. № 4. С. 31–35.
10. *Зейгарник Б. Ф.* Патопсихология. 3-е изд. М.: Академия, 2005. 208 с.
11. *Зотов М. В.* Когнитивные нарушения и возможности их компенсации у больных шизофренией с различной степенью выраженности дефекта: Дис. ... канд. психол. наук. СПб., 1999. 182 с.
12. *Иванов М. В., Незнанов Н. Г.* Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. СПб.: Изд. НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2008, 288 с.
13. *Лагун И. Я.* Причинность шизофрении. Липецк: Ориус, 2008. 304 с.
14. *Морозов М. А., Бениашвили А. Г.* Актуальные проблемы в развитии концепции психического дефекта при шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. Т. 10. № 2. С. 4–12.
15. *Поляков Ю. Ф.* Патология познавательной деятельности // Шизофрения: мультидисциплинарное исследование / Под ред. А. В. Снежневского. М.: Медицина, 1972. 399 с.
16. *Федоров Я. О.* Исследование патопластических факторов шизофрении (сравнительный клинико-катамнетический анализ): Дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2010. 118 с.
17. *Чередникова Т. В.* Современные нейропсихологические, нейрогенетические и нейроматематические концепции нарушений мышления при шизофрении: Обзор // Психологические исследования: Электрон. науч. журн. 2011. № 1(15).
18. *Чередникова Т. В.* Феноменология патологического мышления при шизофрении (обзор зарубежной литературы второй половины XX–XXI века) // Вестник психотерапии. 2010. № 35(40). С. 9–24.
19. *Щелкова О. Ю.* Психологическая диагностика в медицине (системное исследование): Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 2009.
20. *Concise Medical Dictionary / Edited by Martin E. A.* Oxford Paperback Reference, 2010. P. 848.
21. *Harvey P. D., Bowie C. R., Friedman J. I.* Cognition in schizophrenia // Current psychiatry reports. 2001. № 3. P. 423–428.

## REFERENCES

1. *Abramov V. A., Putjatin G. G., Abramov A. V.* Psihicheskiy defekt pri shizofrenii i problema hospitalizma // Psihiatrija i meditsinskaja psihologija. 2008. № 1 (18). S. 101–116.
2. *Adams A. L., Dzhangil'din Ju. T.* Psihoterapevticheskoe potentsirovanie effektivnosti lechebno-reabilitatsionnogo protsesssa u bol'nyh shizofreniej v uslovijah dnevnoho statsionara // Sovremennye metody psihoterapii: Materialy ezhegodn. nauchno-prakt. simpoz. / Pod red. S. A. Osipovoj, V. I. Kurpatova. SPb.: SPbMAPO, 2011. S. 11–16.

3. Blejher V. M., Kruk I. V., Bokov S. N. Klinicheskaja patopsihologija: rukovodstvo dlja vrachej i klinicheskikh psihologov. M.: Moskovskij psihologo-sotsial'nyj institut, 2009. 624 s.
4. Vid V. D. Psihoterapija shizofrenii. 3-e izd. SPb.: Piter, 2008. 512 s.
5. Vojtenko R. M. Sotsial'naja psihiatrija s osnovami mediko-sotsial'noj ekspertizy i rehabilitologii. SPb: IKF Foliant, 2002. 256 s.
6. Gil'burd O. A. Shizofrenija: semiotika, germenetika, sociologija, antropologija. M.: Vidar, 2007. 360 s.
7. Gor'kovaja I. A. Osnovnye napravlenija issledovanij v patopsihologii // Izvestija RGPU im. A. I. Gertsena. SPb: RGPU im. A. I. Gertsena, 2011. № 139. S. 21–26.
8. Gubler G. V. Vychislitel'nye metody raspoznavanija patologicheskikh protsessov. M., 1976. 316 s.
9. Gurovich I. Ja., Shmukler A. B., Magomedova M. V. Sootnoshenie nejrokognitivnogo deficita i sotsial'nogo funkcionirovanija u bol'nyh shizofreniej i shizoaffektivnymi rasstrojstvami na razlichnyh etapah zabojevanija // Sotsial'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2001. № 4. S. 31–35.
10. Zejgarnik B. F. Patopsihologija. 3-e izd. M.: Akademija, 2005. 208 s.
11. Zotov M. V. Kognitivnye narushenija i vozmozhnosti ih kompensatsii u bol'nyh shizofreniej s razlichnoj stepen'ju vyrazhennosti defekta: Dis. ... kand. psihol. nauk. SPb., 1999. 182 s.
12. Ivanov M. V., Neznanov N. G. Negativnye i kognitivnye rasstrojstva pri endogennyh psihozah: diagnostika, klinika, terapija. SPb: Izd-vo NIPNI im. V. M. Behtereva, 2008. 288 s.
13. Lagun I. Ja. Prichinnost' shizofrenii. Lipeck: Orius, 2008. 304 s.
14. Morozov M. A., Beniashvili A. G. Aktual'nye problemy v razvitii kontseptsii psihicheskogo defekta pri shizofrenii // Psihiatrija i psihofarmakoterapija. 2008. T. 10. № 2. S. 4–12.
15. Poljakov Ju. F. Patologija poznavatel'noj dejatel'nosti // Shizofrenija: mul'tidistsiplinarnoe issledovanie / Pod red. A. V. Snezhnevskogo, M.: Meditsina, 1972. 399 s.
16. Fedorov Ja. O. Issledovanie patoplasticheskikh faktorov shizofrenii (sravnitel'nyj kliniko-katamneticheskij analiz): Dis. ... kand. med. nauk. SPb., 2010. 118 s.
17. Cherednikova T. V. Sovremennye nejropsihologicheskie, nejrogeneticheskie i nejromatematicheskie kontseptsii narushenij myshlenija pri shizofrenii: obzor // Psihologicheskie issledovanija: Elektron. nauch. zhurn. 2011. № 1(15).
18. Cherednikova T. V. Fenomenologija patologicheskogo myshlenija pri shizofrenii (obzor zarubezhnoj literatury vtoroj poloviny XX–XXI veka) // Vestnik psihoterapii. 2010. № 35(40). S. 9–24.
19. Shchelkova O. Ju. Psihologicheskaja diagnostika v meditsine (sistemnoe issledovanie): Avtoref. dis. ... d-ra psihol. nauk. SPb., 2009.
20. Concise Medical Dictionary / Edited by E. A. Martin Oxford Paperback Reference, 2010. P. 848.
21. Harvey P. D., Bowie C. R., Friedman J. I. Cognition in schizophrenia // Current psychiatry reports. 2001. № 3. P. 423–428.

**А. В. Локтева**

Победитель конкурса поддержки публикационной активности молодых исследователей (проект 3.1.2, ПСР РГПУ им. А. И. Герцена)

## АЛКОГОЛИЗАЦИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

*Статья посвящена изучению особенностей формирования алкогольной зависимости в подростковом возрасте. Дается краткий обзор подходов к исследованию факторов алкогольной зависимости. Представлены описания клинико-психологических аспектов формирования алкогольной зависимости у подростков. Обоснована необходимость изучения проблемы формирования алкогольной зависимости в подростковом возрасте.*

**Ключевые слова:** подросток, алкоголь, аддиктивное поведение, факторы алкогольной зависимости.