

УДК: 616.89-008.441.13

О. В. Выглазова, И. В. Линский
АДДИКТИВНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ

О. В. Виглазова, І. В. Лінський
АДИКТИВНИЙ СТАТУС ХВОРИХ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ

O. V. Vyglazova, I. V. Linskiy
ADDICTIVE STATUS OF PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION

Цель исследования — комплексная оценка аддиктивного статуса лиц, зависимых от алкоголя, с выделением сопутствующих неалкогольных аддиктивных феноменов в качестве дополнительных диагностических маркеров основного наркологического расстройства. Обследовано всего 142 человека, в том числе 71 больной с зависимостью от алкоголя (ЗА), а также 71 практически здоровый человек. Для комплексной оценки аддиктивного статуса использовали систему AUDIT-подобных тестов (включая собственно тест AUDIT). Обработку данных проводили методами математической статистики (дисперсионный анализ, а также расчет диагностических коэффициентов и мер информативности Кульбака). Установлено — аддиктивный статус лиц, зависимых от алкоголя, характеризуется устойчивым сочетанием «титальной» алкогольной зависимости с целым рядом неалкогольных аддиктивных феноменов разной степени выраженности. Показано, что среди всех неалкогольных аддиктивных феноменов наиболее важными маркерами наличия алкогольной зависимости являются курение табака на уровне зависимости (более 19 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте) и увлечение компьютерными играми на уровне рискованного «употребления» (более 7 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте), а маркерами отсутствия алкогольной зависимости (хотя и весьма слабыми) являются увлечение чтением и шопингом любой степени выраженности (более 0 баллов в соответствующих AUDIT-подобных тестах). В качестве направления дальнейших исследований предложено расширить спектр исследуемых неалкогольных аддикций для повышения точности оценки аддиктивного статуса, а также изучение корреляционных связей между ними.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, аддиктивный статус, неалкогольные аддиктивные феномены, маркеры, диагностика

Мета дослідження — комплексна оцінка аддиктивного статусу осіб, залежних від алкоголю, з виділенням супутніх неалкогольних аддиктивних феноменів як додаткових діагностичних маркерів основного наркологічного розладу. Обстежено всього 142 людини, в тому числі 71 — хворі із залежністю від алкоголю (ЗА), а також 71 практично здорових людей. Для комплексної оцінки аддиктивного статусу використовували систему AUDIT-подібних тестів (включаючи власне тест AUDIT). Оброблення даних проводили методами математичної статистики (дисперсійний аналіз, а також розрахунок діагностичних коефіцієнтів та мір інформативності Кульбака). Встановлено, аддиктивний статус осіб, залежних від алкоголю, характеризується стійким поєднанням «титальної» алкогольної залежності з цілою низкою неалкогольних аддиктивних феноменів різного ступеня вираженості. Показано, що серед усіх неалкогольних аддиктивних феноменів найбільш важливими маркерами наявності алкогольної залежності є куріння тютюну на рівні залежності (більш 19 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті) і захоплення комп'ютерними іграми на рівні ризикованого «вживання» (більш 7 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті), а маркерами відсутності алкогольної залежності (хоча і вельми слабкими) є захоплення читанням і шопінгом будь-якого ступеня вираженості (більш 0 балів у відповідних AUDIT-подібних тестах). Як напрямком подальших досліджень пропонується розширити спектр досліджуваних неалкогольних аддикцій з метою підвищення точності оцінки аддиктивного статусу, а також вивчення кореляційних зв'язків між ними.

Ключові слова: алкогольна залежність, аддиктивний статус, неалкогольні аддиктивні феномени, маркери, діагностика

The purpose of the study is a complex assessment of addictive status of persons with alcohol addiction and selection of associated non-alcoholic addictive phenomena as additional diagnostic markers of primary substance abuse disorder. 142 people were examined, including 71 patients with alcohol addiction (AA), and 71 virtually healthy people. System of AUDIT-like tests (including the actual test AUDIT) was used for complex assessment of addictive status. The data were processed by methods of mathematical statistics (analysis of variance, and the calculation of the coefficients and diagnostic measures informativity of Kulback). Was found that addictive status of people, who are alcohol addictive is characterized by stable combination of "titular" alcohol addiction with a range of non-alcoholic addictive phenomena of varying severity. It was shown that among all non-alcoholic addictive phenomena most important markers of the presence of alcohol addiction are: tobacco smoking, on the level of addiction (> 19 points in the appropriate AUDIT-like test) and keenness of computer games at risky «consumption» (> 7 points in the appropriate AUDIT-like test). Markers of absence of alcohol addiction (although quite weak) are keenness of reading and shopping in any grade (> 0 points in the relevant AUDIT-like tests). As suggested directions for further research is to expand the range of investigated non-alcoholic addictions to improve estimation accuracy of addictive status and study the correlations between them.

Key words: alcohol addiction, addictive status, non-alcoholic addictive phenomena, markers, diagnostics

Высокая распространенность зависимости от алкоголя (ЗА) — одна из наиболее актуальных проблем современности. Достаточно сказать, что по далеко не полным данным диспансерного учета на 01.01.2013 года в наркологических учреждениях Министерства здравоохранения Украины было зарегистрировано 584 961 больных с ЗА, что составляет 1286,95 случая на 100 тысяч населения.

Вместе с тем, и в Украине и в других странах мира растет распространенность зависимостей иного,

неалкогольного происхождения [1]. Кроме разнообразных наркоманий, в последнее время все большее внимание привлекают зависимости нехимической природы, такие как расстройства пищевого или сексуального поведения, злоупотребление просмотром телепередач, Интернетом, компьютерными и/или азартными играми, шопингом и т. п. [2]. Массированное распространение разнородных увлечений, пристрастий, злоупотреблений и зависимостей приводит к все более интенсивному взаимодействию между ними, как на популяционном уровне, так и на уровне отдельной

личности, с образованием сложных коморбидных сочетаний, пронизанных многочисленными агонистическими и антагонистическими связями [3—10]. Из-за интенсивного взаимодействия отдельных своих элементов подобный конгломерат аддиктивных феноменов несводим к простой их сумме и потому он требует комплексного, системного подхода для своего адекватного описания [11]. Наиболее последовательным воплощением такого системного подхода к анализу комплексных аддиктивных феноменов является концепция аддиктивного статуса, разработанная Харьковской наркологической школой [12—15]. Данная концепция предполагает необходимость изучения любой зависимости (в том числе, повлекшей за собой обращение за медицинской помощью и нашедшей свое отражение в медицинском диагнозе) исключительно в контексте иных аддиктивных феноменов, присущих данному индивиду.

Вот почему целью настоящего исследования стала комплексная оценка аддиктивного статуса лиц, зависимых от алкоголя с выделением сопутствующих неалкогольных аддиктивных феноменов в качестве дополнительных диагностических маркеров основного наркологического расстройства.

На базе поликлинического отделения Дергачевской центральной районной больницы обследовано 142 жителя Дергачевского района Харьковской области (все мужчины). Указанный контингент был представлен двумя равными по численности группами (по 71 чел.). В первую группу сравнения вошли больные с ЗА (шифр диагноза согласно МКБ-10 F 10.2), а во вторую — практически здоровые люди (владельцы транспортных средств, а также профессиональные водители — претенденты на получение сертификата наркологического здоровья). Средний возраст обследованных в группах сравнения не имел достоверных отличий ($33,62 \pm 0,92$ года для лиц зависимых от алкоголя и $34,27 \pm 1,40$ года для практически здоровых лиц при $p > 0,05$).

Для комплексной оценки аддиктивного статуса использовали систему AUDIT-подобных тестов (включая собственно тест AUDIT) [12—15]. Данная система тестов позволяет в едином измерительном масштабе оценить тяжесть расстройств, связанных с различными объектами употребления: с наркотиками, табаком, кофе или чаем, пищей, а также с сексуальной активностью, с трудовой (учебной) деятельностью, с просмотром телепередач, с использованием Интернета, с азартными играми (карты, рулетка и т. п.), с играми на телеприставках и компьютерными играми, с шопингом и чтением, а также исследовать взаимные влияния указанных расстройств друг на друга. Здесь и далее в тексте этой статьи термин «употребление» используется с известной долей условности, поскольку традиции русского языка не предусматривают сочетаний вроде «употребление» игры в карты или «употребление» телепередач, но единый подход к пристрастиям и зависимостям различного происхождения, реализованный в концепции аддиктивного статуса, требует единства терминологии. Кроме того, с целью оценки значимости выявленных расстройств в качестве дополнительных маркеров ЗА, для каждого из них рассчитывались диагностические коэффициенты (ДК) и меры информативности Кульбака

(МИ), что создавало предпосылки для их использования в составе последовательной диагностической процедуры Вальда [16]. Обработку данных проводили методами математической статистики (дисперсионный анализ) на ПЭВМ с помощью программы Excel из пакета Microsoft Office 2003 [16, 17].

Сравнительный анализ аддиктивного статуса больных, зависимых от алкоголя, и практически здоровых лиц предусматривал оценку средних значений показателей выраженности аддикций, связанных с различными объектами употребления (табл. 1), а также частот аддиктивных феноменов разной степени выраженности (табл. 2, 3).

Таблица 1

Средние уровни выраженности пристрастия-зависимости от различных объектов употребления среди лиц, зависимых от алкоголя, и здоровых респондентов

Объекты употребления	Средние уровни выраженности пристрастия-зависимости от объектов употребления		Достоверность различий (p)*
	Здоровые респонденты	Зависимые от алкоголя	
Еда	6,91 ± 0,61	8,74 ± 0,83	
Секс	4,36 ± 0,51	6,96 ± 0,67	< 0,01
Работа	7,78 ± 0,73	12,72 ± 0,89	< 0,001
Телевидение	7,86 ± 0,69	11,72 ± 0,74	< 0,001
Интернет	5,35 ± 1,01	9,92 ± 1,29	< 0,01
Азартные игры	2,22 ± 0,49	6,89 ± 1,24	< 0,001
Компьютерные игры	3,73 ± 0,55	7,55 ± 0,71	< 0,001
Шопинг	4,75 ± 0,44	5,09 ± 0,47	—
Чтение	5,18 ± 0,50	7,29 ± 0,95	—
Алкоголь	4,46 ± 0,62	25,23 ± 1,03	< 0,001
Табак	16,43 ± 1,57	25,00 ± 0,96	< 0,001
Чай/кофе	8,85 ± 0,64	10,58 ± 0,78	—
Каннабиноиды	2,33 ± 1,15	5,44 ± 1,51	—
Летучие органические соединения	—	—	—
Седативно-снотворные	3,00 ± 0,00	5,00 ± 1,00	—
Психостимуляторы	6,00 ± 1,00	13,33 ± 8,35	—
Опиоиды	7,00 ± 0,00	7,00 ± 1,00	—
Галлюциногены	3,00 ± 0,00	—	—

Примечание: * — представлены только значения $p < 0,05$

При рассмотрении усредненных показателей выраженности аддикций было установлено (см. табл. 1), что больные, зависимые от алкоголя, демонстрируют достоверно более высокие уровни пристрастия-зависимости не только от алкоголя ($4,46 \pm 0,62$ баллов у здоровых респондентов и $25,23 \pm 1,03$ баллов у зависимых от алкоголя респондентов или в 5,66 раза больше при $p < 0,001$), но и от многих других объектов употребления: от секса — в 1,63 раза ($4,36 \pm 0,51$ балла и $6,96 \pm 0,67$ баллов соответственно, при $p < 0,01$); от работы — в 1,63 раза ($7,78 \pm 0,73$ баллов и $12,72 \pm 0,89$ баллов соответственно, при $p < 0,001$); от телевидения (ТВ) — в 1,49 раза ($7,86 \pm 0,69$ баллов и $11,72 \pm 0,74$ баллов соответственно, при $p < 0,001$); от Интернета — в 1,85 раза ($5,35 \pm 1,01$ баллов и $9,92 \pm 1,29$ баллов соот-

ветственно, при $p < 0,01$); от азартных игр — в 3,10 раза ($2,22 \pm 0,49$ балла и $6,89 \pm 1,24$ баллов соответственно, при $p < 0,001$); от компьютерных игр — в 2,03 раза ($3,73 \pm 0,55$ балла и $7,55 \pm 0,71$ баллов соответственно, при $p < 0,001$) и, наконец, от табака — в 1,52 раза ($16,43 \pm 1,57$ баллов и $25,00 \pm 0,96$ баллов соответственно, при $p < 0,001$).

Различия между членами разных групп сравнения по средним уровням выраженности пристрастия-зависимости от других (кроме перечисленных выше) объектов употребления были недостоверными ($p > 0,05$ баллов).

Для оценки возможностей использования различных аддиктивных феноменов (кроме собственно алкогольного происхождения) в качестве дополнительных диагностических маркеров ЗА был проведен их частотный анализ в группах сравнения. Указанный сравнительный анализ частот проводился с учетом степени выраженности того или иного аддиктивного феномена, при этом выделялись следующие градации (диапазоны выраженности):

- любой опыт знакомства с объектом употребления (диапазон выраженности более 0 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте);

- рискованное «употребление» или более выраженная аддикция (диапазон выраженности более 7 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте);

- опасное «употребление» или более выраженная аддикция (диапазон выраженности более 15 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте);

- зависимость от объекта употребления (диапазон выраженности более 19 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте).

Результаты этой работы содержатся в таблице 2.

Из числа объектов употребления, представленных в данной таблице, исключен алкоголь (поскольку наличие или отсутствие зависимости от этого объекта употребления лежало в основе формирования групп сравнения), а также большинство других психоактивных веществ, за исключением чая/кофе и табака (поскольку достоверных различий между группами сравнения по частоте указанных аддикций ни в одном из выделенных диапазонов их выраженности выявить не удалось). В результате перечень потенциальных дополнительных маркеров наличия ЗА оказался представленным аддикциями преимущественно нехимической природы (см. табл. 2).

Так, было установлено, что любая еда, как объект употребления, на уровне, равном или превышающем рискованное «употребление» (более 7 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте), встречается в группе больных, зависимых от алкоголя, значительно чаще (в 1,39 раза при $p = 0,0417$), чем в группе практически здоровых лиц. Это различие становится еще более значимым (в 3,33 раза при $p = 0,0303$), когда речь идет о еде на уровне, равном или превышающем опасное «употребление» (более 15 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте).

Кроме того, значимыми дополнительными диагностическими маркерами ЗА оказались:

- увлеченность (озабоченность) сексом, которая на уровне, равном или превышающем рискованное «употребление» (более 7 баллов в соответствующем

AUDIT-подобном тесте), встречалась в группе больных с ЗА в 2,57 раза чаще ($p = 0,0094$), чем в группе практически здоровых лиц;

- увлеченность работой, которая встречалась среди лиц с ЗА на уровне, равном или превышающем рискованное «употребление» (более 7 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте), в 2,09 раза чаще (при $p < 0,0001$), на уровне, равном или превышающем опасное «употребление» (более 15 баллов), в 4,20 раза чаще (при $p = 0,0004$) и на уровне зависимости (более 19 баллов) — в 5,50 раза чаще (при $p = 0,0073$), чем у здоровых респондентов;

- увлеченность просмотром телепередач, которая встречалась среди лиц с ЗА на уровне, равном или превышающем рискованное «употребление» (более 7 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте), в 1,58 раза чаще (при $p = 0,0057$) и на уровне, равном или превышающем опасное «употребление» (более 15 баллов), в 4,50 раза чаще (при $p = 0,0008$), чем у здоровых респондентов;

- увлеченность Интернетом, которая встречалась среди лиц с ЗА на уровне, равном или превышающем рискованное «употребление» (более 7 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте), в 2,33 раза чаще (при $p = 0,0307$) и на уровне, равном или превышающем опасное «употребление» (более 15 баллов), в 5,00 раз чаще (при $p = 0,0291$), чем у здоровых респондентов;

- увлеченность азартными играми, которая встречалась среди лиц с ЗА на уровне, равном или превышающем знакомство с объектом «употребления» (более 0 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте), в 2,00 раза чаще (при $p = 0,0274$) и уровне, равном или превышающем рискованное «употребление» (более 7 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте), в 5,00 раз чаще (при $p = 0,0291$), чем у здоровых респондентов;

- увлеченность компьютерными играми, которая на уровне, равном или превышающем рискованное «употребление» (более 7 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте), встречалась в группе больных с ЗА в 7,50 раза чаще ($p = 0,0006$), чем в группе практически здоровых лиц;

Среди немногих дополнительных диагностических маркеров ЗА химической природы оказались:

- увлечение чаем-кофе, которое на уровне, равном или превышающем рискованное «употребление» (более 7 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте), встречалась в группе больных с ЗА в 1,40 раза чаще ($p = 0,0080$), чем в группе практически здоровых лиц, а также

- курение табака, которое встречалась среди лиц с ЗА на уровне, равном или превышающем знакомство с объектом «употребления» (более 0 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте), в 1,35 раза чаще (при $p = 0,0114$), на уровне, равном или превышающем рискованное «употребление» (более 7 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте), в 1,69 раза чаще (при $p < 0,0005$), на уровне, равном или превышающем опасное «употребление» (более 15 баллов), в 2,14 раза чаще (при $p < 0,0001$) и на уровне зависимости (более 19 баллов) в 3,15 раза чаще (при $p < 0,0001$), чем у здоровых респондентов.

Частоты аддикций разной степени выраженности, связанных с различными объектами употребления, как диагностические маркеры зависимости от алкоголя

Объект употребления и диапазон выраженности связанной с ним аддикции (признаки)	Частоты признаков в группах, чел.		$P_{\text{ТМФ}}$	Частоты признаков в группах, %		Отношение В/А	ДК	МИ	
	Здоровые	Зависимые		Здоровые (А)	Зависимые (В)				
Еда	> 0 баллов	65	65	0,2357	91,55	91,55	1,00	0,00	0,00
	> 7 баллов	23	32	0,0417	32,39	45,07	1,39	1,43	0,09
	> 15 баллов	3	10	0,0303	4,23	14,08	3,33	5,23	0,26
	> 19 баллов	2	5	0,1628	2,82	7,04	2,50	3,98	0,08
Секс	> 0 баллов	47	50	0,1238	66,20	70,42	1,06	0,27	0,01
	> 7 баллов	7	18	0,0094	9,86	25,35	2,57	4,10	0,32
	> 15 баллов	1	2	0,3777	1,41	2,82	2,00	3,01	0,02
	> 19 баллов	0	0	1,0000	0,00	0,00	—	—	—
Работа	> 0 баллов	63	67	0,1188	88,73	94,37	1,06	0,27	0,01
	> 7 баллов	23	48	< 0,0001	32,39	67,61	2,09	3,20	0,56
	> 15 баллов	5	21	0,0004	7,04	29,58	4,20	6,23	0,70
	> 19 баллов	2	11	0,0073	2,82	15,49	5,50	7,40	0,47
Телевидение	> 0 баллов	66	61	0,0879	92,96	85,92	0,92	-0,34	0,01
	> 7 баллов	26	41	0,0057	36,62	57,75	1,58	1,98	0,21
	> 15 баллов	4	18	0,0008	5,63	25,35	4,50	6,53	0,64
	> 19 баллов	2	7	0,0662	2,82	9,86	3,50	5,44	0,19
Интернет	> 0 баллов	17	25	0,0502	23,94	35,21	1,47	1,67	0,09
	> 7 баллов	6	14	0,0307	8,45	19,72	2,33	3,68	0,21
	> 15 баллов	1 ¹⁾	5	0,0291	1,41	7,04	5,00	6,99	0,20
	> 19 баллов	1 ¹⁾	3	0,1223	1,41	4,23	3,00	4,77	0,07
Азартные игры	> 0 баллов	9	18	0,0274	12,68	25,35	2,00	3,01	0,19
	> 7 баллов	1 ¹⁾	5	0,0291	1,41	7,04	5,00	6,99	0,20
	> 15 баллов	1 ¹⁾	2	0,2482	1,41	2,82	2,00	3,01	0,02
	> 19 баллов	0	0	1,0000	0,00	0,00	—	—	—
Компьютерные игры	> 0 баллов	22	29	0,0663	30,99	40,85	1,32	1,20	0,06
	> 7 баллов	2	15	0,0006	2,82	21,13	7,50	8,75	0,80
	> 15 баллов	0	0	1,0000	0,00	0,00	—	—	—
	> 19 баллов	0	0	1,0000	0,00	0,00	—	—	—
Шопинг	> 0 баллов	55	43	0,0137	77,46	60,56	0,78	-1,07	0,09
	> 7 баллов	7	12	0,0933	9,86	16,90	1,71	2,34	0,08
	> 15 баллов	1	0	0,5000	1,41	0,00	0,00	—	—
	> 19 баллов	0	0	1,0000	0,00	0,00	—	—	—
Чтение	> 0 баллов	62	42	0,0001	87,32	59,15	0,68	-1,69	0,24
	> 7 баллов	18	15	0,1322	25,35	21,13	0,83	-0,79	0,02
	> 15 баллов	2	6	0,1061	2,82	8,45	3,00	4,77	0,13
	> 19 баллов	0	3	0,1223	0,00	4,23	—	—	—
Табак	> 0 баллов	37	50	0,0114	52,11	70,42	1,35	1,31	0,12
	> 7 баллов	29	49	0,0005	40,85	69,01	1,69	2,28	0,32
	> 15 баллов	21	45	< 0,0001	29,58	63,38	2,14	3,31	0,56
	> 19 баллов	13	41	< 0,0001	18,31	57,75	3,15	4,99	0,98
Чай/кофе	> 0 баллов	68	66	0,2219	95,77	92,96	0,97	-0,13	0,00
	> 7 баллов	35	49	0,0080	49,30	69,01	1,40	1,46	0,14
	> 15 баллов	6	11	0,0911	8,45	15,49	1,83	2,63	0,09
	> 19 баллов	3	6	0,1639	4,23	8,45	2,00	3,01	0,06

Примечания: ¹⁾ — во избежание нулевых частот 0 замещался 1 из альтернативной группы (по Е. В. Гублеру, 1978). Достоверность различий в частотах рассчитана точным методом Фишера (ТМФ); разница в частотах достоверна ($p_{\text{ТМФ}} < 0,05$)

Кроме маркеров наличия ЗА были также обнаружены немногочисленные маркеры ее отсутствия. К ним относились:

— увлеченность шопингом, которая встречалась среди лиц с ЗА на уровне, равном или превышающем знакомство с объектом «употребления» (более 0 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте), в 1,28 раза реже (при $p = 0,0137$), чем у здоровых респондентов, а также

— увлеченность чтением, которая встречалась среди лиц с ЗА на уровне, равном или превышающем знакомство с объектом «употребления» (более 0 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте), в 1,47 раза реже (при $p = 0,0001$), чем у здоровых респондентов.

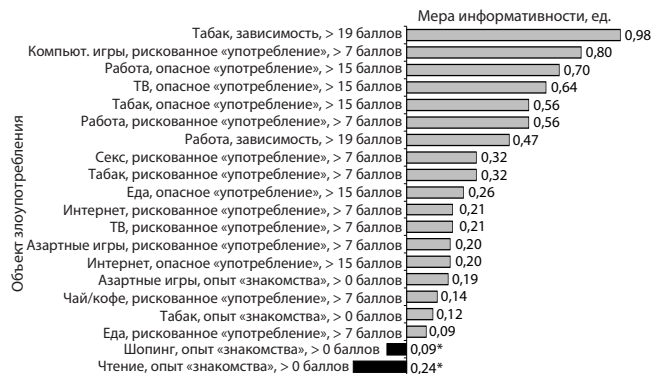
Как уже было сказано (см. табл. 2), для всех проанализированных признаков рассчитывались диагностические коэффициенты и мер информативности Кульбака. Это делалось для того, чтобы свести все значимые дополнительные маркеры наличия или отсутствия ЗА в формальную диагностическую таблицу (табл. 3), пригодную для ее дальнейшего использования в последовательной процедуре Вальда (в модификации Гублера) [16].

Таблица 3

Таблица для дифференциальной диагностики зависимости от алкоголя по наличию и степени выраженности сопутствующих аддикций различного происхождения

Объект «употребления», выраженность аддикции, диапазон выраженности в балах	ДК	МИ
Маркеры наличия ЗА		
Табак, зависимость, более 19 баллов	4,99	0,98
Компьютерные игры, рискованное «употребление», более 7 баллов	8,75	0,80
Работа, опасное «употребление», более 15 баллов	6,23	0,70
ТВ, опасное «употребление», более 15 баллов	6,53	0,64
Табак, опасное «употребление», более 15 баллов	3,31	0,56
Работа, рискованное «употребление», более 7 баллов	3,20	0,56
Работа, зависимость, более 19 баллов	7,40	0,47
Секс, рискованное «употребление», более 7 баллов	4,10	0,32
Табак, рискованное «употребление», более 7 баллов	2,28	0,32
Еда, опасное «употребление», более 15 баллов	5,23	0,26
Интернет, рискованное «употребление», более 7 баллов	3,68	0,21
ТВ, рискованное «употребление», более 7 баллов	1,98	0,21
Азартные игры, рискованное «употребление», более 7 баллов	6,99	0,20
Интернет, опасное «употребление», более 15 баллов	6,99	0,20
Азартные игры, опыт знакомства, более 0 баллов	3,01	0,19
Чай-кофе, рискованное «употребление», более 7 баллов	1,46	0,14
Табак, опыт знакомства, более 0 баллов	1,31	0,12
Еда, рискованное «употребление», более 7 баллов	1,43	0,09
Суммарная информативность ($\Sigma_{МИ}$) маркеров наличия ЗА		6,97
Маркеры отсутствия ЗА		
Чтение, опыт знакомства, более 0 баллов	-1,69	0,24
Шопинг, опыт знакомства, более 0 баллов	-1,07	0,09
Суммарная информативность ($\Sigma_{МИ}$) маркеров отсутствия ЗА		0,33

Последовательная процедура Вальда [16] предусматривает использование диагностических признаков в порядке уменьшения их информативности, поэтому в таблице 3 все признаки (маркеры наличия-отсутствия ЗА) представлены именно в этом порядке (табл. 3, рис.).



Условные обозначения: * черным выделены маркеры отсутствия ЗА

Информативность аддикций различного происхождения как маркеров наличия-отсутствия зависимости от алкоголя

Суть процедуры Вальда состоит в последовательном учете обнаруженных диагностических признаков, что достигается последовательным сложением их ДК до тех пор, пока не будет достигнут желаемый уровень достоверности диагностического заключения (в данном случае, заключения о наличии или отсутствии у обследуемого индивида ЗА), при этом каждому уровню достоверности соответствует свое пороговое значение суммы ДК ($\Sigma_{ДК}$) [16]. Так, например, достоверности диагностического заключения на уровне $p < 0,05$ соответствует значение $\Sigma_{ДК} > 13$ единиц (по модулю, поскольку ДК могут принимать как положительные так и отрицательные значения, о чем будет сказано детальнее ниже), на уровне $p < 0,01$ — $\Sigma_{ДК} > 20$ единиц, а на уровне $p < 0,001$ — $\Sigma_{ДК} > 30$ единиц.

В свете сказанного становится понятным, что каждый признак может быть или самодостаточным (патогномичным) для уверенной диагностики (если он сам имеет величину ДК более 13, 20 или 30 для $p < 0,05$, $p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно), или таким, что обеспечивает необходимую достоверность дифференциации лишь в совокупности с другими признаками (если он имеет величину ДК < 13, 20 или 30 соответственно). В последнем случае ДК разных признаков складываются до тех пор, пока не будет достигнут желательный уровень достоверности диагностического заключения).

Во время расчетов ДК их знак (положительный или отрицательный) зависит лишь от соотношения количества лиц — носителей соответствующих признаков в группах сравнения, а также от того, какой группе сравнения исследователь присвоил № 1, а какой — № 2. В нашем случае (см. табл. 2) первую группу сравнения составили практически здоровые испытуемые, а вторую — пациенты с ЗА. При таком порядке нумерации групп использование формулы расчетов ДК приводит к тому, что маркеры наличия ЗА имеют положительные ДК, а маркеры отсутствия ЗА — отрицательные ДК.

Выше уже шла речь о том, что пороговая величина суммы ДК для уверенной (на уровне не хуже $p < 0,05$) диагностики ЗА равняется 13 единицам. Поскольку модули ДК представленных в таблице 3 маркеров не достигают этой величины, ни один из них нельзя считать самодостаточным (патогномоничным) для уверенной диагностики наличия или отсутствия ЗА. Поэтому для уверенной диагностики ЗА указанные маркеры должны использоваться только в совокупности.

Проиллюстрируем такое совместное использование обнаруженных маркеров наличия ЗА примером.

Так, сочетание у испытуемого зависимости от табака (более 19 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте) с увлеченностью компьютерными играми на уровне, равном или превышающем рискованное «употребление» (более 7 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте), дает сумму ДК, равную $4,99 + 8,75 = 13,74$ единицам, что уже больше, чем первое из рассмотренных выше пороговых значений в 13 единиц, а значит при таком сочетании маркеров (даже при полном отсутствии информации о потреблении алкоголя) вероятность безошибочности диагноза ЗА достигает уровня $p < 0,05$.

Если же в дополнение к описанным признакам у испытуемого обнаруживается увлеченность работой на уровне, равном или превышающем опасное «употребление» (более 15 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте), а также пристрастие к просмотру телепередач также на уровне опасного «употребления» (более 15 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте), то сумма ДК перечисленных маркеров достигнет $13,74 + 6,23 + 6,53 = 26,50$ единиц, что больше, чем второе из рассмотренных выше пороговых значений в 20 единиц, а значит при таком сочетании маркеров (даже при полном отсутствии информации о потреблении алкоголя) вероятность безошибочности диагноза ЗА достигает уровня $p < 0,01$.

Наконец, если у испытуемого в дополнение к уже описанным признакам наблюдаются особенности сексуального поведения на уровне, равном или превышающем рискованное «употребление» (более 7 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте), то сумма ДК перечисленных маркеров достигнет $26,50 + 4,10 = 30,60$ единиц, что больше, чем третье из рассмотренных выше пороговых значений в 30 единиц, а значит при таком сочетании маркеров (даже при полном отсутствии информации о потреблении алкоголя) вероятность безошибочности диагноза ЗА достигает уровня $p < 0,001$.

Иными словами, ничего не зная об алкогольных привычках испытуемого, при таком сочетании неалкогольных аддиктивных феноменов, поставив ему диагноз ЗА, мы можем ошибиться реже, чем в одном случае из тысячи ($p < 0,001$), что можно считать неплохим результатом.

В заключение несколько слов о соотношении суммарных информативностей маркеров наличия и отсутствия ЗА, которые равны 6,97 и 0,33 единицам соответственно (см. табл. 3). Приведенное соотношение указывает на то, что изученный набор аддиктивных феноменов неалкогольного происхождения обеспечивает надежность диагноза «наличие ЗА»

в $6,97/0,33 = 21,12$ раза лучше, чем надежность диагноза «отсутствие ЗА». Иными словами, указанный набор маркеров является хорошим подспорьем в плане установки диагноза «алкогольная зависимость», но плохо подходит для решения обратной задачи — исключения диагноза «алкогольная зависимость».

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы.

1. Установлено, что аддиктивный статус лиц, зависимых от алкоголя, характеризуется устойчивым сочетанием «титულიной» алкогольной зависимости с целым рядом неалкогольных аддиктивных феноменов разной степени выраженности.

2. Анализ частот неалкогольных аддиктивных феноменов разной степени выраженности среди больных, зависимых от алкоголя, а также среди практически здоровых лиц позволил идентифицировать указанные неалкогольные аддиктивные феномены в качестве дополнительных диагностических маркеров зависимости от алкоголя, рассчитать их диагностические коэффициенты, меры информативности Кульбака и создать на этой основе соответствующую диагностическую таблицу.

3. Показано, что среди всех неалкогольных аддиктивных феноменов наиболее важными маркерами наличия алкогольной зависимости являются курение табака на уровне зависимости (более 19 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте) и увлечение компьютерными играми на уровне рискованного «употребления» (более 7 баллов в соответствующем AUDIT-подобном тесте), а маркерами отсутствия алкогольной зависимости (хотя и весьма слабыми) являются увлечение чтением и шопингом любой степени выраженности (более 0 баллов в соответствующих AUDIT-подобных тестах).

4. Анализ соотношения суммарных информативностей изученного набора аддиктивных феноменов неалкогольного происхождения позволяет утверждать, что созданная на их основе диагностическая таблица является хорошим подспорьем в плане установки диагноза «алкогольная зависимость», но плохо подходит для решения обратной задачи — исключения диагноза «алкогольная зависимость».

Направление дальнейших исследований — расширение спектра исследуемых неалкогольных аддикций для повышения точности оценки аддиктивного статуса, а также изучение корреляционных связей между ними.

Список литературы

1. Лінський І. В. Залежність від психоактивних речовин в Україні: методологія вивчення, тенденції розвитку / І. В. Лінський, О. І. Мінко // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2003, № 2 (40). — С. 6—8.
2. Егоров А. Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) / А. Ю. Егоров // Аддиктология. — 2005, № 1. — С. 65—77.
3. Haylett S. A. Covariation in addictive behaviours: a study of addictive orientations using the Shorter PROMIS Questionnaire / Haylett S. A., Stephenson G. M., Lefever R. M. // Addict Behav. — 2004. — Jan; 29(1). — P. 61—71.
4. Taking chances: problem gamblers and mental health disorders: results from the St. Louis Epidemiological Catchment Area Study / [Cunningham-Williams R. M., Cottler L. B., Compton W. M. et al.] // Am. J. Public Health. — 1998. — № 88. — P. 1093—1096.
5. Psychiatric Comorbidity in Pathological Gamblers Seeking Treatment / [Ivanez A., Blanco C., Donahue E. et al.] // Am. J. Psychiat. — 2001. — № 158. — P. 1733—1735.

6. Three-dimensional personality of adolescents with internet addiction and substance use experience / [Ko C. H., Yen J. Y., Chen C. C. et al.] // *Can J Psychiatry*. — 2006 Dec; 51(14).
7. Greenberg J. L. Overlapping addictions and self-esteem among college men and women / Greenberg J. L., Lewis S. E., Dodd D. K. // *Addict Behav*. — 1999 Jul-Aug;24(4). — P. 565—571.
8. Сосин И. К. Наркология (Монография) / Сосин И. К., Чуев Ю. Ф. — Харьков : Коллегиум, 2005. — 800 с.
9. Битенский В. С. Клинико-психопатологические аспекты трансформации аддиктивного поведения в условиях информационного взрыва / Битенский В. С., Аймедов К. В., Пахмурный В. А. // *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. — 2006. — № 1 (9). — С. 161—167.
10. Менделевич В. Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения / В. Д. Менделевич. — М.: МЕДпресс-информ., 2003. — 328 с.
11. Christo G. The Shorter PROMIS Questionnaire: further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours / Christo G., Jones S. L., Haylett S. // *Addict Behav*. — 2003. — Vol. 28(2). — P. 5—48.
12. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов / [Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. и др.] // *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. — 2009. — № 2 (16). — С. 56—70.
13. Аддиктивный статус и метод его комплексной оценки при помощи системы AUDIT-подобных тестов / [Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. и др.] // *Психическое здоровье*. — 2010. — № 6(49). — С. 33—45.
14. Результаты комплексной оценки аддиктивного статуса учащейся молодежи с помощью системы оригинальных AUDIT-подобных тестов / [Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. и др.] // *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. — 2010. — № 1 (17). — С. 27—37.
15. Addictive Behavior Among Young People in Ukraine: A Pilot Study / [Linskiy I. V., Minko A. I., Artemchuk A. P. et al.] // *Substance Use and Misuse*. — August 2012. — Vol. 47. — No. 10. — P. 1151—1158.
16. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Гублер Е. В. — М. : Медицина, 1978. — 294 с.
17. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. — Киев : Моріон, 2000. — 320 с.

Надійшла до редакції 14.01.2014 р.

ВЫГЛАЗОВА Ольга Вячеславовна, внештатный научный сотрудник отдела неотложной психиатрии и наркологии Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины»; e-mail: vug-olga@mail.ru

ЛИНСКИЙ Игорь Владимирович, доктор медицинских наук, научный руководитель отдела неотложной психиатрии и наркологии ГУ «ИНПН НАМН Украины», г. Харьков; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

Vyglazova Olga Viacheslavivna, Out-Staff Researcher of the Department of emergency Psychiatry and Narcology of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv; e-mail: vug-olga@mail.ru

LINSKIY Igor Volodymyrovych, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of urgent Psychiatry and Narcology of the SI "INPN of the NAMS of Ukraine", Kharkiv; e-mail: i_linskiy@yahoo.com