

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ, И ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

КУЗ РТМО «Дергачевская ЦРБ», Харьковская область

**Проведен сравнительный анализ психопатологических феноменов, выявленных у зависимых от алкоголя и практически здоровых лиц с помощью опросника L. R. Derogatis et al. Выделены психодиагностические характеристики, которые могут служить факультативными маркерами наличия или отсутствия алкогольной зависимости. Составлена диагностическая таблица, являющаяся дополнительным диагностическим инструментарием алкогольной зависимости.**

*Ключевые слова:* алкогольная зависимость, психодиагностические характеристики, маркеры, диагностика.

В настоящее время чрезвычайная актуальность проблемы алкогольной зависимости (АЗ), как и распространенность различных видов зависимости неалкогольного происхождения, не вызывает сомнений [1–4].

Взгляды авторов на природу развития психопатологических расстройств у лиц, страдающих АЗ, различны: одни говорят о коморбидности этих расстройств [5, 6], другие — о том, что они входят в структуру составляющих синдрома зависимости [7]. Так или иначе, но материалы многочисленных научных исследований свидетельствуют об облигатном характере психических нарушений при АЗ [8–10].

Оценка сопутствующих проблем психического здоровья в рамках комплексного обследования и лечения лиц, злоупотребляющих алкоголем, очень важна, поскольку многие нарушения психики оказывают прямое влияние на особенности течения и, как следствие, процесс терапии АЗ [11].

Кроме того, диагностика АЗ на разных этапах формирования объективно может представлять определенные затруднения в связи с отсутствием критического отношения таких пациентов к собственному состоянию. Диагноз ставится на основании симптомов и последствий злоупотребления алкоголем согласно критериям МКБ-10. Дополнительные методы обследования зачастую малоинформативны, тогда как диагностика и оценка тяжести злоупотребления алкоголем очень важны, поскольку они определяют объем лечебного вмешательства, которое требуется в каждом конкретном случае.

В этой связи может иметь практическое значение выделение дополнительных диагностических маркеров АЗ.

Цель настоящего исследования — проведение сравнительного анализа психодиагностических характеристик больных, зависимых от алкоголя,

с различным спектром коморбидных аддиктивных состояний и психодиагностических характеристик практически здоровых лиц, а также определение спектра психопатологических изменений в качестве дополнительных диагностических маркеров основного наркологического расстройства.

На базе поликлинического отделения Дергачевской центральной районной больницы было обследовано 142 мужчины, поровну разделенных на две группы. В первую (основную) группу вошли больные с АЗ (шифр диагноза согласно МКБ-10 F10.2), а во вторую (контрольную) — практически здоровые лица. 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,  $p < 0,05$ ).

Количественная оценка степени выраженности имеющихся психических и поведенческих расстройств осуществлялась путем использования психодиагностических методик, а именно опросника выраженности психопатологической симптоматики L. R. Derogatis et al. [12]; системы AUDIT-подобных тестов (включая собственно тест AUDIT) для комплексной оценки аддиктивного статуса [13]. Кроме того, с целью оценки значимости выявленных расстройств в качестве дополнительных маркеров АЗ 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 [14]. Обработку данных проводили методами математической статистики (дисперсионный анализ) с помощью программы Excel из пакета Microsoft Office 2003 [14, 15].

В процессе психодиагностического исследования с помощью опросника [12] в группах сравнения были определены средние уровни

выраженности психопатологической симптоматики (табл. 1).

Установлено, что средние уровни выраженности психопатологической симптоматики (как по отдельным шкалам, так и при интегральной оценке (индекс GSI)) у пациентов, зависимых от алкоголя, достоверно выше, чем у практически здоровых респондентов.

Соответствующий рейтинг достоверных различий средних уровней выраженности психопатологической симптоматики у лиц, зависимых от алкоголя, и здоровых респондентов представлен на рисунке.

Обращает на себя внимание тотальность воздействия повреждающего эффекта алкоголя на психику зависимых от него лиц. Нет ни одного показателя, который был бы у больных с АЗ равным показателю у здоровых лиц. Наибольшие различия между зависимыми от алкоголя лицами и здоровыми респондентами наблюдаются по таким шкалам, как PSY — в 5,16 раза, PHOB — в 4,96 раза, ANX — в 3,55 раза и HOS — в 3,14 раза.

При этом по формальным критериям оценки, используемым в опроснике, выраженность психопатологических проявлений соответствует субклиническому уровню тяжести. Это способствует тому, что данные проявления не всегда наблюдаются при рутинном клинико-психопатологическом исследовании.

Необходимо учитывать то, что все зависимые от алкоголя были обследованы с помощью опросника в период отсутствия у них признаков алкогольного опьянения или синдрома отмены алкоголя, что объясняет умеренный уровень выраженности выявленной психопатологической симптоматики. Тем не менее, данные опросника показали достоверные и **значительно выраженные** патологические изменения у больных с АЗ по сравнению со здоровыми респондентами по всем шкалам, что позволило использовать их в качестве дополнительных критериев для диагностики состояния зависимости от алкоголя (табл. 2).

Пороговая величина суммы ДК для уверенной (на уровне с **минимальной приемлемой достоверностью** при  $p < 0,05$ ) диагностики АЗ равна 13 баллам. Поскольку модули ДК, представленные в табл. 2, не достигают этой величины, то ни один из них нельзя считать самодостаточным (патогномичным) маркером для уверенной диагностики наличия или отсутствия АЗ. Тем не менее, высокоинформативных маркеров, пригодных для опосредованной диагностики АЗ при их совместном использовании, вполне достаточно.

Так, например, относительно высокие показатели тревожности ( $> 0,50$  баллов по шкале ANT опросника) в сочетании с относительно высокими

Таблица 1

**Средние уровни выраженности психопатологической симптоматики у лиц, зависимых от алкоголя, и здоровых респондентов по опроснику L. R. Derogatis et al. ( $p < 0,001$ )**

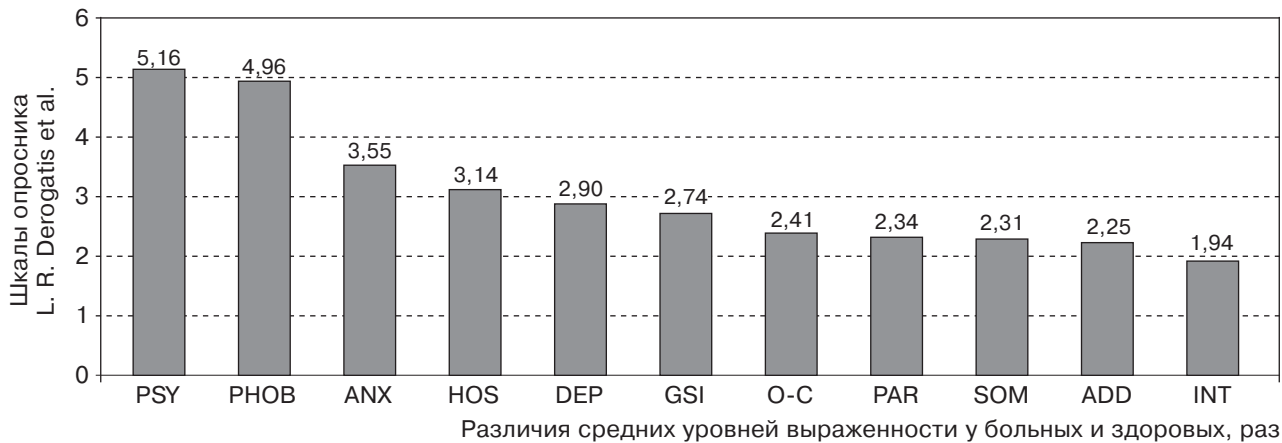
Шкалы	Средние уровни выраженности психопатологической симптоматики	
	у зависимых от алкоголя	у здоровых респондентов
SOM	1,03±0,07	0,44±0,05
O-C	0,95±0,06	0,39±0,04
INT	0,99±0,07	0,51±0,05
DEP	0,99±0,06	0,34±0,05
ANX	0,97±0,07	0,27±0,04
HOS	0,91±0,07	0,29±0,05
PHOB	0,76±0,07	0,15±0,03
PAR	0,97±0,08	0,41±0,06
PSY	0,79±0,06	0,15±0,04
ADD	0,96±0,08	0,43±0,05
Индекс GSI	0,94±0,05	0,34±0,04

Примечание. SOM — соматизация, O-C — обсессивность — компульсивность, INT — межличностная чувствительность, DEP — депрессия, ANX — тревожность, HOS — враждебность, PHOB — фобическая тревожность, PAR — паранояльность, PSY — психотизм, ADD — дополнительная. То же на рисунке и в табл. 2.

показателями враждебности ( $> 0,50$  баллов по шкале HOS) уже обеспечивают необходимый уровень достоверности ( $p < 0,05$ ) диагностического заключения о наличии АЗ (сумма ДК этих признаков  $8,60+7,16 = 15,76$  балла, что существенно больше минимального порога 13 баллов).

Кроме уже упомянутых шкал тревоги и враждебности, к информативным маркерам АЗ при их совместном использовании относятся: психотизм, депрессия, фобическая тревожность, обсессивность — компульсивность, соматизация (табл. 2).

Среди показателей опросника, рассматриваемых как маркеры отсутствия АЗ, обнаружены такие, что имеют достаточную величину ДК (самодостаточные). Так, для достоверного вывода об отсутствии АЗ необходимо использовать сумму значений показателей. Информативными могут быть такие шкалы, как депрессия и тревожность (сумма ДК этих признаков составляет 15,14 балла, что выше минимального порога  $\Sigma_{\text{ми}} = 13$  баллов), а также **фобическая тревожность, психотизм, соматизация, враждебность, обсессивность — компульсивность и межличностная чувствительность.**



Рейтинг (в порядке убывания) достоверных ( $p < 0,001$ ) различий средних уровней выраженности психопатологической симптоматики у лиц, зависимых от алкоголя, и здоровых респондентов (по опроснику L. R. Derogatis et al.)

Таблица 2

**Данные для дифференциальной диагностики алкогольной зависимости по наличию и степени выраженности психопатологической симптоматики (по опроснику L. R. Derogatis et al.)**

Шкала	Диапазон признака, баллы	Здоровые, $n = 71$		Больные, $n = 71$		Соотношение частот	ДК	МИ
		абс. ч.	%	абс. ч.	%			
<i>Маркеры наличия зависимости от алкоголя</i>								
GSI	> 0,75	4	5,63	51	71,83	12,75	11,06	3,66
ANX	> 0,50	8	11,27	58	81,69	7,25	8,60	3,03
HOS	> 0,50	10	14,08	52	73,24	5,20	7,16	2,12
PSY	> 0,25	14	19,72	57	80,28	4,07	6,10	1,85
DEP	> 0,50	17	23,94	63	88,73	3,71	5,69	1,84
PHOB	> 0,25	17	23,94	59	83,10	3,47	5,40	1,60
O-C	> 0,50	20	28,17	57	80,28	2,85	4,55	1,19
SOM	> 0,50	21	29,58	58	81,69	2,76	4,41	1,15
ADD	> 0,50	19	26,76	52	73,24	2,74	4,37	1,02
PAR	> 0,50	18	25,35	49	69,01	2,72	4,35	0,95
INT	> 0,50	31	43,66	61	85,92	1,97	2,94	0,62
□ <sub>МИ</sub> маркеров наличия зависимости от алкоголя								19,02
<i>Маркеры отсутствия зависимости от алкоголя</i>								
DEP	≤ 0,50	54	76,06	8	11,27	0,15	-8,29	2,69
ANX	≤ 0,50	63	88,73	13	18,31	0,21	-6,85	2,41
PHOB	≤ 0,25	54	76,06	12	16,90	0,22	-6,53	1,93
PSY	≤ 0,25	57	80,28	14	19,72	0,25	-6,10	1,85
GSI	≤ 0,75	67	94,37	20	28,17	0,30	-5,25	1,74
SOM	≤ 0,50	50	70,42	13	18,31	0,26	-5,85	1,52
HOS	≤ 0,50	61	85,92	19	26,76	0,31	-5,07	1,50
O-C	≤ 0,50	51	71,83	14	19,72	0,27	-5,61	1,46
INT	≤ 0,50	40	56,34	10	14,08	0,25	-6,02	1,27
ADD	≤ 0,50	52	73,24	19	26,76	0,37	-4,37	1,02
PAR	≤ 0,50	53	74,65	22	30,99	0,42	-3,82	0,83
□ <sub>МИ</sub> маркеров отсутствия зависимости от алкоголя								18,22
□ <sub>МИ</sub> опросника L. R. Derogatis et al.								37,24

Примечание. □<sub>МИ</sub> — суммарная мера информативности; достоверность различий по всем шкалам равнялась 0,0000 (рассчитывалась точным методом Фишера).

Другими словами, даже ничего не зная об алкогольных привычках испытуемого, при таком сочетании психодиагностических показателей можно выставить достоверный диагноз АЗ либо его исключить, а это значит, что данная методика может использоваться в качестве факультативного диагностического инструментария.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

1. У лиц с диагностированной зависимостью от алкоголя определяется облигатное наличие целого ряда психопатологических феноменов, преимущественно на субклиническом уровне.

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

3. Показатели ДК отдельных шкал опросника L. R. Derogatis et al. не могут использоваться в качестве патогномичных признаков наличия (отсутствия) алкогольной зависимости. Однако определены шкалы, показатели которых при их совместном использовании являются достоверными маркерами наличия АЗ (тревожность ANX > 0,50 баллов, враждебность NOS > 0,50 баллов (сумма ДК равна 15,76 балла), а также психотизм, депрессия, фобическая тревожность и обсессивность — компульсивность, соматизация) либо отсутствия зависимости от алкоголя (депрессия DEP ≤ 0,50 баллов, тревожность ANX ≤ 0,50 баллов (сумма ДК равна 15,14 балла) и фобическая тревожность, психотизм, соматизация, враждебность, обсессивность — компульсивность и межличностная сенситивность).

4. Анализ психопатологических характеристик позволяет утверждать, что созданная на их основе диагностическая таблица является факультативным диагностическим инструментарием в плане постановки диагноза АЗ, так и его исключения, что позволит использовать данную методику в медицинской практике.

#### Список литературы

1. Лінський І. В. Залежність від психоактивних речовин в Україні: методологія вивчення, тенденції розвитку / І. В. Лінський, О. І. Мінко // Вісн.

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 / S. A. Haylett, G. M. Stephenson, R. M. Lefever // Addict. Behav.— 2004.— № 29 (1).— P. 61–71.
4. Greenberg J. L. Overlapping addictions and self-esteem among college men and women / J. L. Greenberg, S. E. Lewis, D. K. Dodd // Addict. Behav.— 1999.— № 24 (4).— P. 565–571.
5. Сосин И. К. Наркология: моногр. / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев.— Харьков: Коллегиум, 2005.— 800 с.
6. Менделевич В. Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения / В. Д. Менделевич.— М.: МЕДпресс-информ, 2003.— 328 с.
7. Битенский В. С. Клинико-психопатологические аспекты трансформации аддиктивного поведения в условиях информационного взрыва / В. С. Битенский, К. В. Аймедов, В. А. Пахмурный // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії.— 2006.— № 1 (9).— С. 161–167.
8. Проблема коморбидности и современные формы алкогольной болезни (клинико-патогенетический аспект) / Т. В. Чернобровкина, А. Ф. Артемчук, И. К. Сосин [и др.] // Наркология.— 2006.— № 12.— С. 47–74.
9. Психиатрия; под ред. Р. Шнайдера.— М.: Практика, 1998.— 485 с.
10. Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии / М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо: в 2 т.— К.: Сфера, 1997.— Т. 1.— 299 с.; Т. 2.— 175 с.
11. NICE клинические рекомендации 100 (2010) [Электронный ресурс].— Режим доступа: [www.nice.org.uk/guidance/CG100](http://www.nice.org.uk/guidance/CG100)
12. Derogatis L. R. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale — preliminary report / L. R. Derogatis, L. Covi // Psychopharmacol. Bull.— 1973.— № 3.— P. 13–28.
13. Аддиктивный статус и метод его комплексной оценки при помощи системы AUDIT-подобных тестов / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // Психическое здоровье.— 2010.— № 6 (49).— С. 33–45.
14. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер.— М.: Медицина, 1978.— 294 с.
15. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич.— К.: Морион, 2000.— 320 с.

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОДІАГНОСТИЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ХВОРИХ,  
ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ, ТА ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ОСІБ**

О. В. ВИГЛАЗОВА

**Проведено порівняльний аналіз психопатологічних феноменів, виявлених у залежних від алкоголю і практично здорових осіб за допомогою опитувальника L. R. Derogatis et al. Виділено психодіагностичні характеристики, які можуть слугувати факультативними маркерами наявності або відсутності алкогольної залежності. Складено діагностичну таблицю, яка є додатковим діагностичним інструментарієм алкогольної залежності.**

*Ключові слова: алкогольна залежність, психодіагностичні характеристики, маркери, діагностика.*

---

**COMPARATIVE ANALYSIS OF PSYCHODIAGNOSTIC CHARACTERISTICS  
OF ALCOHOL ADDICTED PATIENTS AND HEALTHY PERSONS**

O. V. VYGLAZOVA

**Comparative analysis of psychopathological phenomena revealed in alcohol addicted and healthy people was performed using L. R. Derogatis et al questionnaire. Psychodiagnostic characteristics that may serve as optional markers of presence or absence of alcohol addiction were distinguished. Diagnostic chart serving an additional diagnostic tool for alcohol addiction was made.**

*Key words: alcohol addiction, psychodiagnostic characteristics, markers, diagnosis.*

---

*Поступила 03.06.2014*