

УДК: 616.89-008.44-072.8:[616.714+616.83]-001



## ПОШИРЕНІСТЬ ВЖИВАННЯ ПОТЕНЦІЙНО АДИКТИВНИХ ОБ'ЄКТІВ ТА ЇХНІЙ АДИКТИВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ З ПСИХОПАТОЛОГІЧНИМИ НАСЛІДКАМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ

Д. М. Волошина

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

**Анотація.** Метою цього дослідження стало комплексне вивчення адиктивного статусу пацієнтів з психопатологічними наслідками черепно-мозкових травм (ЧМТ) за допомогою системи AUDIT-подібних тестів з визначенням поширеності вживання потенційно адиктивних об'єктів та їх адиктивного потенціалу в групах порівняння. Єдина методологічна основа для вивчення ранніх стадій формування станів залежностей різного походження необхідна для якісного порівняльного аналізу, а також для оцінки інтегрального рівня залежності досліджуваних осіб. У результаті комплексної оцінки адиктивного статусу пацієнтів з психопатологічними наслідками черепно-мозкових травм за допомогою системи AUDIT-подібних тестів була виявлена більш виражена схильність хворих із психопатологічними наслідками ЧМТ до формування станів залежності порівняно з практично здоровими особами контрольної групи, виявлено достовірно вищі адиктивні потенціали деяких поширених адиктивних об'єктів, а саме тютюну, Інтернету, чаю та кави, телебачення та комп'ютерних ігор.

**Ключові слова:** психопатологічні наслідки черепно-мозкової травми, AUDIT-подібні тести, адиктивний статус, адиктивний потенціал.

### Вступ

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) займає одне з провідних місць серед уражень головного мозку і найбільш широко поширена в молодому працездатному віці [1, 2]. Відомими ознаками віддалених наслідків ЧМТ є швидка стомлюваність, зміни особистості, синдроми, пов'язані з органічним ураженням мозку. Зміни особистості проявляються у вигляді характерних рис з нестійкістю настрою, проявами дратівливості, агресивності, афективності, ознаками загальної брадіфренії при ослабленні критичних здібностей. Пацієнти, які страждають на наслідки черепно-мозкових травм, емоційно-лабільні, схильні до афективних, психопатичних реакцій, разом з тим астенозовані, добродушні, легше піддаються впливу [1, 3].

Епідеміологічна ситуація, пов'язана з процесами поширення станів залежності різного походження, залишається в нашій країні складною. Поширюються відносно нові для нашої країни види залежності: від азартних ігор, від персональних комп'ютерів, Інтернету тощо. [4].

Відомо, що різновиди станів залежності досить часто поєднуються між собою та можуть бути коморбідними з іншими психічними розладами ендogenous, ендogenous-органічного, соматogenous, екзogenous-органічного, психogenous характеру, патологією розвитку особистості [1, 2, 4].

Ефективність психопатологічного методу для діагностики функціонального стану мозку, прогнозування результатів та розробки нових підходів до лікування та реабілітації хворих була показана в численних психіатричних дослідженнях пацієнтів з тяжкою ЧМТ та її наслідками (В. А. Гіляровський 1944, 1946; Р. Г. Голодець 1984, 1989; М. О. Гуревич 1948; Т. А. Доброхотова, О. С. Зайцев 1998, 1999, 2002; С. С. Калінер 1967, 1974; Л. П. Лобова 1969, 1975; Г. І. Миронов 1976; Р. С. Повіцька 1947; М. В. Семенова-Тян-Шанська 1975, 1978; О. І. Сперанська 1983; А. Т. Тищенко 1974; А. С. Шмарьян 1948; С. Faust 1967) [3, 5].

Разом з тим необхідна комплексна, кількісно-якісна та вчасна діагностика адиктивних розладів у пацієнтів з психопатологічними наслідками черепно-мозкових травм з можливістю зіставлення пристрастей і залежностей якісно різного походження в єдиному вимірювальному масштабі, з використанням єдиного понятійного апарату.

Важливою характеристикою адиктивного статусу обстежених контингентів є частота досвіду вживання адиктивних об'єктів, з урахуванням наслідків такого вживання різного ступеня важкості.

### Мета дослідження

Комплексне дослідження адиктивного статусу пацієнтів з психопатологічними наслідками черепно-мозкових травм за допомогою системи AUDIT-подібних тестів з визна-

ченням поширеності вживання потенційно адитивних об'єктів та їхнього адитивного потенціалу в групах порівняння.

#### Матеріали та методи дослідження

На базі відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків) та КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня №3» було обстежено 100 пацієнтів чоловічої статі середнім віком  $38,35 \pm 0,96$  років з різними психопатологічними наслідками ЧМТ, що утворювали 2 групи. Група I складалась з 39 пацієнтів з іншими (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічними розладами, спричиненими ЧМТ (шифр діагнозу за МКХ-10 — F06). Група II складалась з 61 пацієнта з розладами особистості та поведінки внаслідок ЧМТ (шифр діагнозу за МКХ-10 — F07). Контрольну групу (група III) склали 73 здорові особи також чоловічої статі та порівняного віку  $36,97 \pm 1,73$  років.

Для комплексного дослідження адитивного статусу пацієнтів з психопатологічними наслідками черепно-мозкових травм використовувалась система AUDIT-подібних тестів (І. В. Лінський та ін., 2009; I. V. Linskiy et al., 2012) [6, 7], яка дозволяла виявити розлади, пов'язані з вживанням їжі, сексуальною активністю, трудовою (учбовою) діяльністю, переглядом телепередач, перебуванням в Інтернеті, азартними іграми (карти, рулетка тощо), іграми з телеприставками та комп'ютерними іграми, шопінгом, читанням, вживанням тютюну, кави або чаю, каннабіноїдів, легких органічних розчинників, снодійно-седативних засобів, психостимуляторів, опіоїдів та галюциногенів. Кількісна міра здібності об'єкта вживання визивати залежність, тобто адитивний потенціал того чи іншого об'єкта вживання, вираховувалась за формулою: відношення кількості осіб з ознаками залежності від певного адитивного об'єкта до загальної кількості осіб, що мали досвід будь-якого вживання цього об'єкта, виражене у відсотках:

$$P_{Add} = \frac{f_{Add}}{f_{Exp}} \times 100\% \quad (1)$$

де:  $P_{Add}$  — адитивний потенціал об'єкта вживання;

$f_{Add}$  — частота в популяції осіб з ознаками залежності від об'єкта та вживання ( $\geq 20$  балів у відповідному AUDIT-подібному тесті);

$f_{Exp}$  — частота в популяції осіб з досвідом вживання цього об'єкта ( $> 0$  балів у відповідному AUDIT-подібному тесті або  $f_{NoAdd} + f_{Add}$ ).

Зазвичай адитивний потенціал психоактивних речовин (ПАР) оцінюють в процесі спеціального психофармакологічного лабораторного експерименту за їхньою здатністю формувати і підтримувати у тварин певні поведінкові реакції, наприклад, реакцію внутрішньовенного самовведення.

Одержані за формулою (1) значення адитивного потенціалу істотно відрізняються від його експериментальних оцінок тим, що безпосередньо відображають здатність формувати залежність досліджуваних об'єктів вживання у представників певного цільового контингенту.

Оцінений зазначеним способом адитивний потенціал відбиває не тільки адитивні властивості самого об'єкта вживання, але й поточну ситуацію навколо респондента, що сприяє (реклама, мода, заохочення з боку мікросоціальної групи тощо) або, навпаки, перешкоджає (заборони батьків, законодавчі обмеження, осуд членами мікросоціальної групи тощо) такому вживанню.

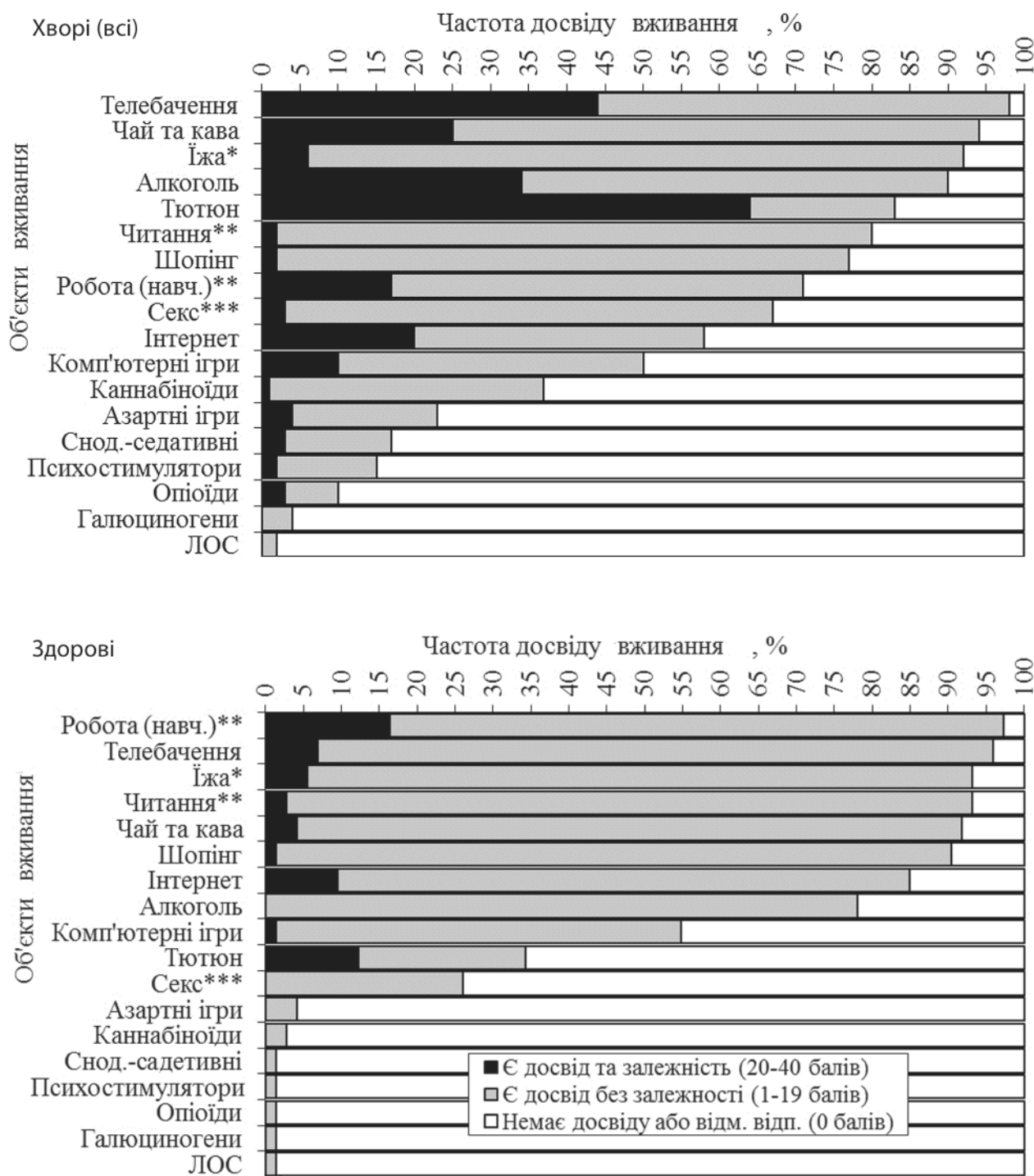
Обробка даних здійснювалася методами математичної статистики (дисперсійний, кореляційний аналіз) [8] на ПЕОМ за допомогою програм «SPSS 15.0» і «Excel» (з пакету «MicrosoftOffice 2010»).

#### Результати дослідження та їх обговорення

Було досліджено частоту досвіду вживання без ознак залежності (питома вага осіб, що набрали від 1 до 19 балів у відповідних AUDIT-подібних тестах) і, відповідно, частоту вживання з ознаками залежності (питома вага осіб, що набрали 20 і більше балів у відповідних AUDIT-подібних тестах) (рис. 1, 2; табл. 1, 2).

Було встановлено (рис.1, табл.1), що спектр частот досвіду вживання в групі хворих з наслідками ЧМТ є істотно відмінним від відповідного спектру в групі здорових.

Так, наприклад, достовірно вищими ( $p < 0,05$ ) в групі хворих (порівняно з групою здорових) виявились частоти вживання без ознак залежності ( $< 20$  балів у відповідному AUDIT-подібному тесті) таких адитивних об'єктів, як (табл. 1) каннабіноїди (в 13,14 рази), снодійно-седативні засоби (в 10,22 рази), психостимулятори (в 9,49 рази), азартні ігри (в 4,62 рази) та секс (в 2,46 рази). Як можна бачити, всі перелічені вище адитивні об'єкти є невід'ємними складовими кримінального або, принаймні, делінквентного способу життя (наркотики, інші ПАР для немедичного вживання, а також азартні



Примітки:

\* — Оскільки життя без їжі неможливе, йдеться про таке вживання їжі, що супроводжується боротьбою мотивів і дискомфортом (помічене самим респондентом переїдання та/або дієта);

\*\* — Йдеться про таку сексуальну активність, що супроводжується боротьбою мотивів і дискомфортом (помічені самим респондентом, сексуальні надмірності та/або сексуальна «недостатність»).

Рис. 1 Частоти досвіду «вживання» різних потенційно адиктивних об'єктів як без (<20 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті), так і з ознаками залежності (≥20 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті) серед обстежених хворих та здорових (адиктивні об'єкти розташовані в порядку зменшення частоти досвіду будь-якого їхнього вживання).

Таблиця 1

**Частоти різного досвіду вживання потенційно адиктивних об'єктів  
та їхній адиктивний потенціал у хворих  
(F06\*+ F07\*) та здорових (за 100 % прийнято n=100 та n=73 відповідно)**

Потенційно адиктивні об'єкти	Частоти досвіду щодо «вживання»									Адиктивний потенціал (P <sub>Add</sub> ), %						
	Без досвіду вживання, 0 балів (f <sub>Exp</sub> «0»)			З досвідом вживання												
	Абс., осіб	Відн., %	p** Здор.	Без залежності, 1–19 балів (f <sub>NoAdd</sub> )			Із залежністю, 20–40 балів (f <sub>Add</sub> )									
Абс., осіб				Відн., %	p** Здор.	Абс., осіб	Відн., %	p** Здор.								
<b>Всі хворі (F06*+ F07*)</b>																
Їжа 1)	8	8,00		86	86,00		6	6,00		6,52						
Секс <sup>2</sup> )	33	33,00	3)	64	64,00	3)	3	3,00		4,48						
Алкоголь	10	10,00	1)	56	56,00	2)	34	34,00	3)	37,78						
Тютюн	17	17,00	3)	19	19,00		64	64,00	3)	77,11						
Чай та кава	6	6,00		69	69,00	2)	25	25,00	3)	26,60						
Опіюїди	90	90,00	1)	7	7,00		3	3,00		30,00						
Каннабіноїди	63	63,00	3)	36	36,00	3)	1	1,00		2,70						
Снодійно-седативні	83	83,00	3)	14	14,00	2)	3	3,00		17,65						
Психостимулятори	85	85,00	2)	13	13,00	2)	2	2,00		13,33						
Галюциногени	96	96,00		4	4,00		0	0,00		н/д*						
ЛОС	98	98,00		2	2,00		0	0,00		н/д*						
Робота (навчання)	29	29,00	3)	54	54,00	3)	17	17,00		23,94						
Телебачення	2	2,00		54	54,00	3)	44	44,00	3)	44,90						
Інтернет	42	42,00	3)	38	38,00	3)	20	20,00	1)	34,48						
Комп'ютерні ігри	50	50,00		40	40,00	1)	10	10,00	1)	20,00						
Азартні ігри	77	77,00	3)	19	19,00	2)	4	4,00		17,39						
Шопінг	23	23,00	1)	75	75,00	1)	2	2,00		2,60						
Читання	20	20,00	2)	78	78,00	1)	2	2,00		2,50						
<b>Здорові</b>																
	Абс., осіб	Відн., %	p**			Абс., осіб	Відн., %	p**			Абс., осіб	Відн., %	p**			
			Хворі	F06	F07			Хворі	F06	F07			Хворі	F06	F07	
Їжа 1)	5	6,85				64	87,67				4	5,48				5,88
Секс <sup>2</sup> )	54	73,97	3)	3)	3)	19	26,03	3)	3)	3)	0	0,00				н/д*
Алкоголь	16	21,92	1)		1)	57	78,08	2)	2)	1)	0	0,00	3)	3)	3)	н/д*
Тютюн	48	65,75	3)	3)	3)	16	21,92				9	12,33	3)	3)	3)	36,00
Чай та кава	6	8,22				64	87,67	2)	2)	2)	3	4,11	3)	3)	2)	4,48
Опіюїди	72	98,63	1)		2)	1	1,37				0	0,00				н/д*
Каннабіноїди	71	97,26	3)	3)	3)	2	2,74	3)	3)	3)	0	0,00				н/д*
Снодійно-седативні	72	98,63	3)	2)	2)	1	1,37	2)	2)	1)	0	0,00				н/д*
Психостимулятори	72	98,63	2)	2)	2)	1	1,37	2)	2)	1)	0	0,00				н/д*
Галюциногени	72	98,63				1	1,37				0	0,00				н/д*
ЛОС	72	98,63				1	1,37				0	0,00				н/д*
Робота (навчання)	2	2,74	3)	3)	3)	59	80,82	3)	3)	1)	12	16,44				16,90
Телебачення	3	4,11				65	89,04	3)	3)	3)	5	6,85	3)	3)	3)	7,14
Інтернет	11	15,07	3)	3)	2)	55	75,34	3)	3)	3)	7	9,59	1)		1)	11,29
Комп'ютерні ігри	33	45,21				39	53,42	1)	1)		1	1,37	1)	1)	1)	2,50
Азартні ігри	70	95,89	3)		3)	3	4,11	2)		3)	0	0,00			1)	н/д*

Потенційно адиктивні об'єкти	Частоти досвіду щодо вживання										Адиктивний потенціал (P <sub>Add</sub> ), %					
	Без досвіду вживання, 0 балів (f <sub>Exp</sub> «0»)		З досвідом вживання						Адиктивний потенціал (P <sub>Add</sub> ), %							
			Без залежності, 1-19 балів (f <sub>NoAdd</sub> )			Із залежністю, 20-40 балів (f <sub>Add</sub> )										
Здорові																
	Абс., осіб	Відн., %	p**			Абс., осіб	Відн., %	p**			Абс., осіб	Відн., %	p**			
			Хворі	F06	F07			Хворі	F06	F07			Хворі	F06	F07	
Шопінг	7	9,59	1)		1)	65	89,04	1)		2)	1	1,37				1,52
Читання	5	6,85	2)	1)	1)	66	90,41	1)		1)	2	2,74				2,94

Примітки: \* — Умовні скорочення: «F06» — інші (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічні розлади, спричинені ЧМТ; «F07» — розлади особистості та поведінки внаслідок ЧМТ, н/д — немає даних.

\*\* — Достовірність відмінностей з іншими групами на рівні: 1) — p<0,05; 2) — p<0,01; 3) — p<0,001

ігри). Зрозуміло, що такий спосіб життя супроводжується різними варіантами ризикованої поведінки, що міцно асоціюються з підвищеною вірогідністю одержання ЧМТ.

На відміну від цього в групі хворих (порівняно з групою здорових) достовірно нижчими (p<0,05) виявились частоти вживання без ознак залежності (<20 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті) таких адиктивних об'єктів, як (табл. 1) Інтернет (в 1,98 рази), телебачення (в 1,65 рази), робота (навчання) (в 1,50 рази), алкоголь (в 1,39 рази), комп'ютерні ігри (в 1,34 рази), чай та кава (в 1,27 рази), шопінг (в 1,19 рази) та читання (в 1,16 рази). Нескладно помітити, що всі ці об'єкти є атрибутами законслухняної людини. Це або легальні ПАВ (чай, кава, алкоголь), або легальні розваги (Інтернет, телебачення, комп'ютерні ігри, шопінг та читання), або легальна конструктивна діяльність (робота, навчання). Іншими словами, наведені данні свідчать про те, що вживання без ознак залежності (тобто непатологічний стан) є достатньо інформативною характеристикою способу життя особи (здорового, законслухняного чи навпаки ризикованого, делінкветного чи кримінального).

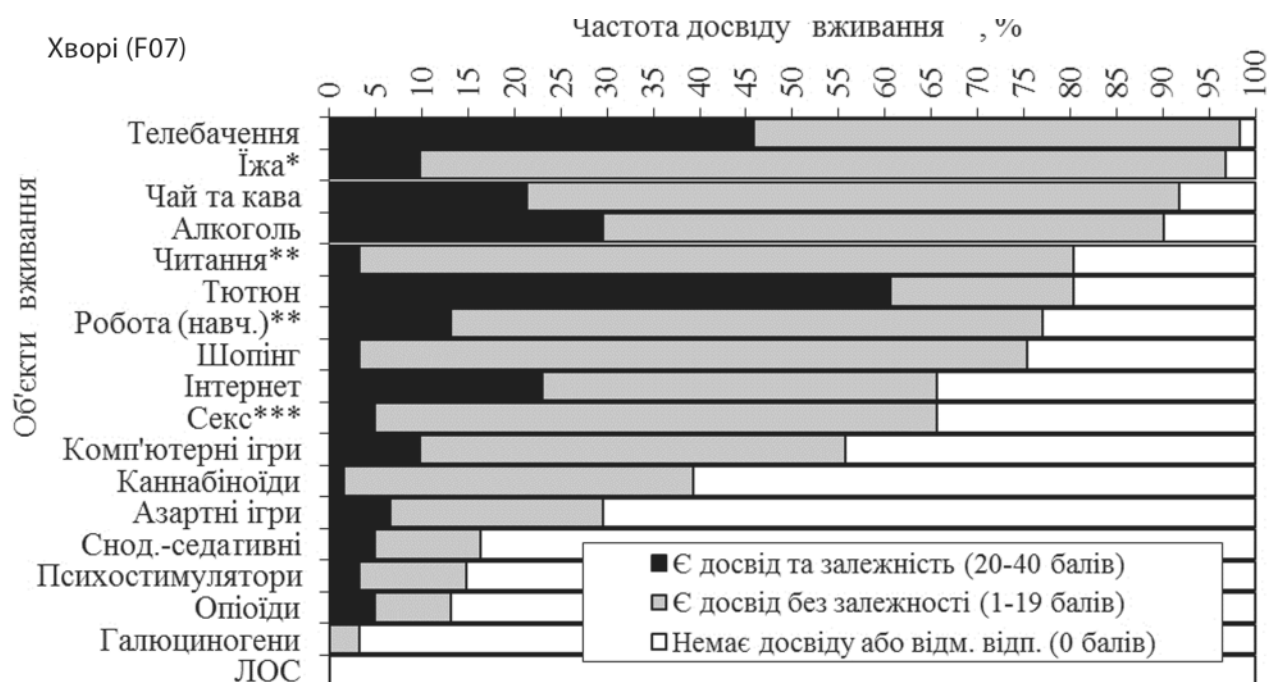
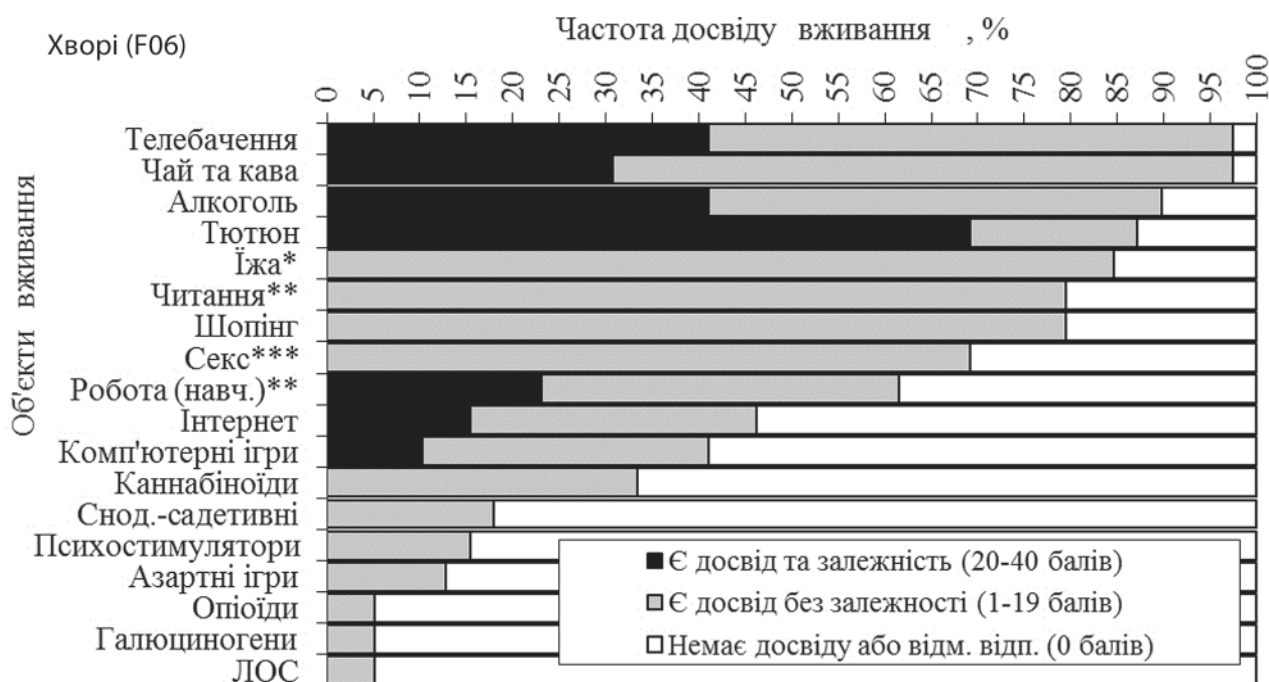
Щодо вживання з ознаками залежності (≥20 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті), то серед груп порівняння, про які йдеться, за показником частоти різних його варіантів завжди домінували хворі з наслідками ЧМТ. Так, у цих хворих (порівняно із здоровими) достовірно вищими (p<0,05) виявились частоти вживання з ознаками залежності (≥20 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті) таких адиктивних об'єктів, як (табл. 1) комп'ютерні ігри (в 7,30 рази), телебачення (в 6,42 рази), чай та кава (в 6,08 рази), тютюн (в 5,19 рази) та Інтернет (в 2,09 рази).

Що стосується алкоголю, то в групі хворих частота його вживання з ознаками залежності зустрічалась в 34,00 % випадків, у той час як серед здорових не було виявлено жодної залежності від цієї психоактивної речовини. Іншими словами, різні варіанти залежності міцно асоціюються саме з наслідками ЧМТ (або, можливо, зі способом життя, який часто призводить до ЧМТ). Цікаво також відмітити, що не зважаючи на захоплення нелегальними ПАВ та азартними іграми (див. про вживання без ознак залежності вище), хворі з наслідками ЧМТ потрапляють в залежність насамперед від легальних адиктивних об'єктів.

Аналогічному порівняльному аналізу було піддано спектри частот досвіду вживання в групі хворих з різними наслідками ЧМТ (рис. 2, табл. 2). Було знайдено лише дві відмінності між різними групами хворих за цим показником.

Так, в групі хворих з розладами особистості та поведінки внаслідок ЧМТ (F07) достовірно вищими (p<0,05) порівняно з групою хворих з іншими (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічними розладами, спричиненими ЧМТ (F06) виявились частота вживання без ознак залежності (<20 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті) роботи або навчання — в 1,66 рази та частота вживання їжі з ознаками залежності (≥20 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті) — яка в групі F07 зустрічалась в 9,84 % випадків, а в групі F06 не зустрічалась взагалі (рис. 2, табл. 2).

Той факт, що достовірних відмінностей між різними групами хворих з наслідками ЧМТ за частотою різних варіантів вживання виявилось так мало, зайвий раз свідчить на користь висловленого вище припущення про те, що особливості адиктивної поведін-



Примітки:

\* — Оскільки життя без їжі неможливе, йдеться про таке вживання їжі, що супроводжується боротьбою мотивів і дискомфортом (помічене самим респондентом переїдання та/або дієта);

\*\* — Йдеться про таку сексуальну активність, що супроводжується боротьбою мотивів і дискомфортом (помічені самим респондентом, сексуальні надмірності та/або сексуальна «недостатність»).

Рис. 2 Частоти досвіду «вживання» різних потенційно адиктивних об'єктів як без (<20 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті), так і з ознаками залежності (≥20 балів у відповідному AUDIT-подібному тесті) серед обстежених хворих з F06 та F07 (адиктивні об'єкти розташовані в порядку зменшення частоти досвіду будь-якого їхнього вживання)

**Частоти різного досвіду вживання потенційно адиктивних об'єктів та їхній адиктивний потенціал у хворих з F06\* та з F07\* (за 100 % прийнято n=39 та n=61 відповідно)**

Потенційно адиктивні об'єкти	Частоти досвіду щодо вживання										Адиктивний потенціал (PAdd), %		
	Без досвіду вживання, 0 балів (f <sub>Exp=0</sub> )		З досвідом вживання						Із залежністю, 20–40 балів (f <sub>Add</sub> )				
			Без залежності, 1–19 балів (f <sub>NoAdd</sub> )										
Хворі з F06*													
	Абс., осіб	Відн., %	p**		Абс., осіб	Відн., %	p**		Абс., осіб	Відн., %	p**		
			F07	Здор.			F07	Здор.			F07	Здор.	
Їжа <sup>1)</sup>	6	15,38	1)		33	84,62			0	0,00	1)	н/д*	
Секс <sup>2)</sup>	12	30,77		3)	27	69,23		3)	0	0,00		н/д*	
Алкоголь	4	10,26			19	48,72		2)	16	41,03		3)	45,71
Тютюн	5	12,82		3)	7	17,95			27	69,23		3)	79,41
Чай та кава	1	2,56			26	66,67		2)	12	30,77		3)	31,58
Опіюїди	37	94,87			2	5,13			0	0,00			н/д*
Каннабіноїди	26	66,67		3)	13	33,33		3)	0	0,00			н/д*
Снодійно-седативні	32	82,05		2)	7	17,95		2)	0	0,00			н/д*
Психостимулятори	33	84,62		2)	6	15,38		2)	0	0,00			н/д*
Галюциногени	37	94,87			2	5,13			0	0,00			н/д*
ЛОС	37	94,87			2	5,13			0	0,00			н/д*
Робота (навчання)	15	38,46	1)	3)	15	38,46	2)	3)	9	23,08			37,50
Телебачення	1	2,56			22	56,41		3)	16	41,03		3)	42,11
Інтернет	21	53,85	1)	3)	12	30,77		3)	6	15,38			33,33
Комп'ютерні ігри	23	58,97			12	30,77		1)	4	10,26		1)	25,00
Азартні ігри	34	87,18	1)		5	12,82			0	0,00			н/д*
Шопінг	8	20,51			31	79,49			0	0,00			н/д*
Читання	8	20,51		1)	31	79,49			0	0,00			н/д*
Хворі з F07*													
	Абс., осіб	Відн., %	p**		Абс., осіб	Відн., %	p**		Абс., осіб	Відн., %	p**		
			F07	Здор.			F07	Здор.			F07	Здор.	
Їжа <sup>1)</sup>	2	3,28	1)		53	86,89			6	9,84	1)		10,17
Секс <sup>2)</sup>	21	34,43		3)	37	60,66		3)	3	4,92			7,50
Алкоголь	6	9,84		1)	37	60,66		1)	18	29,51		3)	32,73
Тютюн	12	19,67		3)	12	19,67			37	60,66		3)	75,51
Чай та кава	5	8,20			43	70,49		2)	13	21,31		2)	23,21
Опіюїди	53	86,89		2)	5	8,20			3	4,92			37,50
Каннабіноїди	37	60,66		3)	23	37,70		3)	1	1,64			4,17
Снодійно-седативні	51	83,61		2)	7	11,48		1)	3	4,92			30,00
Психостимулятори	52	85,25		2)	7	11,48		1)	2	3,28			22,22
Галюциногени	59	96,72			2	3,28			0	0,00			н/д*
ЛОС	61	100,00			0	0,00			0	0,00			н/д*
Робота (навчання)	14	22,95	1)	3)	39	63,93	2)	1)	8	13,11			17,02
Телебачення	1	1,64			32	52,46		3)	28	45,90		3)	46,67
Інтернет	21	34,43	1)	2)	26	42,62		3)	14	22,95		1)	35,00
Комп'ютерні ігри	27	44,26			28	45,90			6	9,84		1)	17,65
Азартні ігри	43	70,49	1)	3)	14	22,95		3)	4	6,56		1)	22,22

**Частоти різного досвіду вживання потенційно адиктивних об'єктів та їхній адиктивний потенціал у хворих з F06\* та з F07\* (за 100 % прийнято n=39 та n=61 відповідно)**

Потенційно адиктивні об'єкти	Частоти досвіду щодо вживання									Адиктивний потенціал (PAdd), %
	Без досвіду вживання, 0 балів ( $f_{Exp=0}$ )			З досвідом вживання						
				Без залежності, 1–19 балів ( $f_{NoAdd}$ )			Із залежністю, 20–40 балів ( $f_{Add}$ )			
Шопінг	15	24,59	1)	44	72,13	2)	2	3,28		4,35
Читання	12	19,67	1)	47	77,05	1)	2	3,28		4,08

Примітки: \* — Умовні скорочення: «F06» — інші (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічні розлади, спричинені ЧМТ; «F07» — розлади особистості та поведінки внаслідок ЧМТ, н/д — немає даних.

\*\* — Достовірність відмінностей з іншими групами на рівні: 1) —  $p < 0,05$ ; 2) —  $p < 0,01$ ; 3) —  $p < 0,001$

ки у хворих цієї категорії пов'язані не стільки з їхньою нозологічною приналежністю, скільки з їхнім ризикованим способом життя, який призвів до ЧМТ.

Окрім того, викладені вище дані (рис. 1, 2) наочно показують, що частоти досвіду вживання з ознаками залежності зменшуються в наведеному рейтингу непропорційно сумарним частотам досвіду вживання всіх видів (як з ознаками залежності, так і без них). Так, наприклад, за сумарною частотою досвіду будь-якого вживання в групі хворих (рис. 1) тютюну посідає п'яте місце в рейтингу потенційно адиктивних об'єктів (83,00 %), але при цьому частота досвіду з ознаками залежності в тій самій групі складає рекордні 64,00 %. Ця диспропорційність є відображенням різної здібності зазначених об'єктів вживання формувати залежність від себе.

Як можна бачити, рейтинг адиктивних потенціалів різних об'єктів вживання у хворих з наслідками ЧМТ істотно відрізняється від відповідного рейтингу у здорових осіб (рис. 3).

Перше, що звертає на себе увагу під час аналізу зазначених рейтингів, це те, що адиктивні потенціали всіх без винятку об'єктів вживання у хворих з наслідками ЧМТ є достовірно ( $p < 0,05$ ) вищими, ніж у здорових осіб.

Це спостереження може мати два варіанти інтерпретації:

- наслідки ЧМТ значно підвищують рівень вразливості осіб, що зазнали її, до формування станів залежності;

- вихідний ризикований спосіб життя, асоційований із підвищеною вірогідністю одержання ЧМТ, одночасно є також асоційованим із підвищеним рівнем схильності до формування станів залежності.

Для остаточного вибору між цими двома варіантами інтерпретації (або для їхнього поєднання) потрібні подальші дослідження, які планується здійснити найближчим часом.

Іншим важливим спостереженням, яке впливає з результатів аналізу даних, поданих

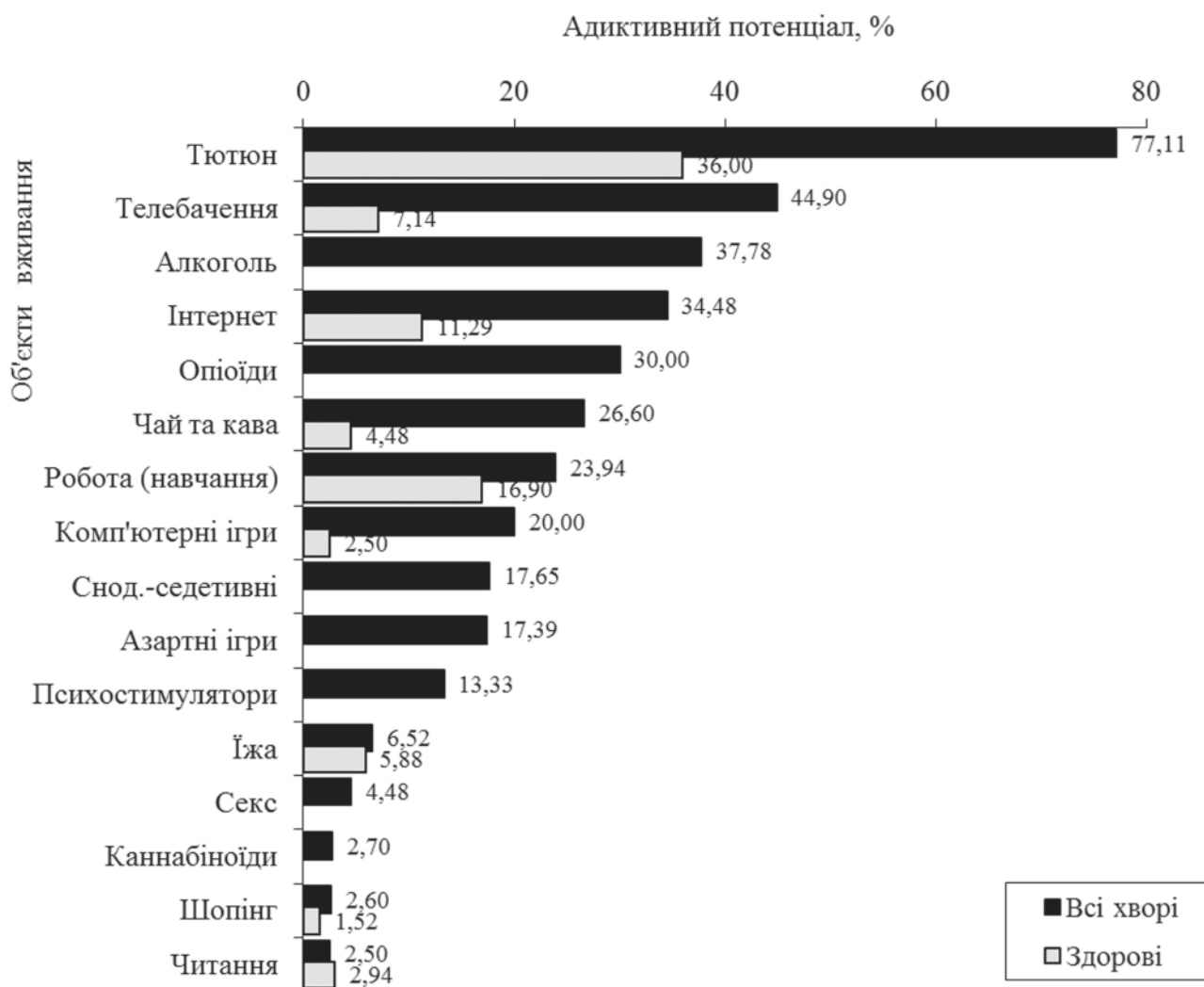
на рис. 3, є те, що послідовність об'єктів вживання в наведених рейтингах їхніх адиктивних потенціалів у групі пацієнтів з наслідками ЧМТ та у групі практично здорових осіб є істотно відмінними. Досить сказати, що у групі хворих з наслідками ЧМТ найбільші адиктивні потенціали притаманні (в порядку їхнього зменшення) тютюну, перегляду телепередач та алкоголю; а в групі практично здорових осіб — тютюну, роботі (навчанню) та Інтернету. Останнє спостереження свідчить не тільки про кількісні (як було вже про це сказано вище), а й про структурні відмінності у спектрі наведених адиктивних потенціалів об'єктів вживання про які йдеться. Ці структурні відмінності можуть бути пов'язані із особливостями способу життя членів різних груп порівняння, про які вже було сказано вище.

Але відмінності в рейтингах адиктивних потенціалів різних об'єктів вживання спостерігаються не тільки при порівнянні хворих з наслідками ЧМТ та практично здорових осіб, а й при порівнянні хворих з різними наслідками ЧМТ між собою (рис. 4).

Перше, що звертає на себе увагу під час аналізу зазначених рейтингів, це те, що спектр адиктивних потенціалів об'єктів вживання у хворих з розладами особистості та поведінки внаслідок ЧМТ (F07) є значно ширшим, ніж у хворих з іншими (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічними розладами, спричиненими ЧМТ (F06). Це пов'язано із тим, що досвіду вживання деяких адиктивних об'єктів з ознаками залежності у членів останньої групи хворих просто не було (рис. 2). Зазначене спостереження зайвий раз повертає нас до висновку про різні способи життя хворих з різними наслідками ЧМТ.

Легко помітити, що найбільші відмінності (наявність відповідного досвіду вживання у хворих з розладами F07 і його відсутність у хворих з розладами F06) стосуються опіоїдів, снодійно-седативних речовин, психостиму-





Примітки:

\* — Оскільки життя без їжі неможливе, йдеться про таке вживання їжі, що супроводжується боротьбою мотивів і дискомфортом (помічене самим респондентом переїдання та/або дієта).

\*\* — Йдеться про таку сексуальна активність, що супроводжується боротьбою мотивів і дискомфортом (помічені самим респондентом, сексуальні надмірності та/або сексуальна «недостатність»).

Рис. 3 Адиктивний потенціал різних потенційно адиктивних об'єктів в групах хворих (F06 +F07) та здорових

ляторів (нелегальних ПАР або лікарських засобів, що вживаються з метою сп'яніння), а також азартних ігор. Усі перелічені об'єкти вживання є частими супутниками делінквентного, і навіть кримінального способу життя.

#### Висновки

У результаті комплексної оцінки адиктивного статусу пацієнтів з психопатологічними наслідками черепно-мозкових травм за допомогою системи AUDIT-подібних тестів було встановлено:

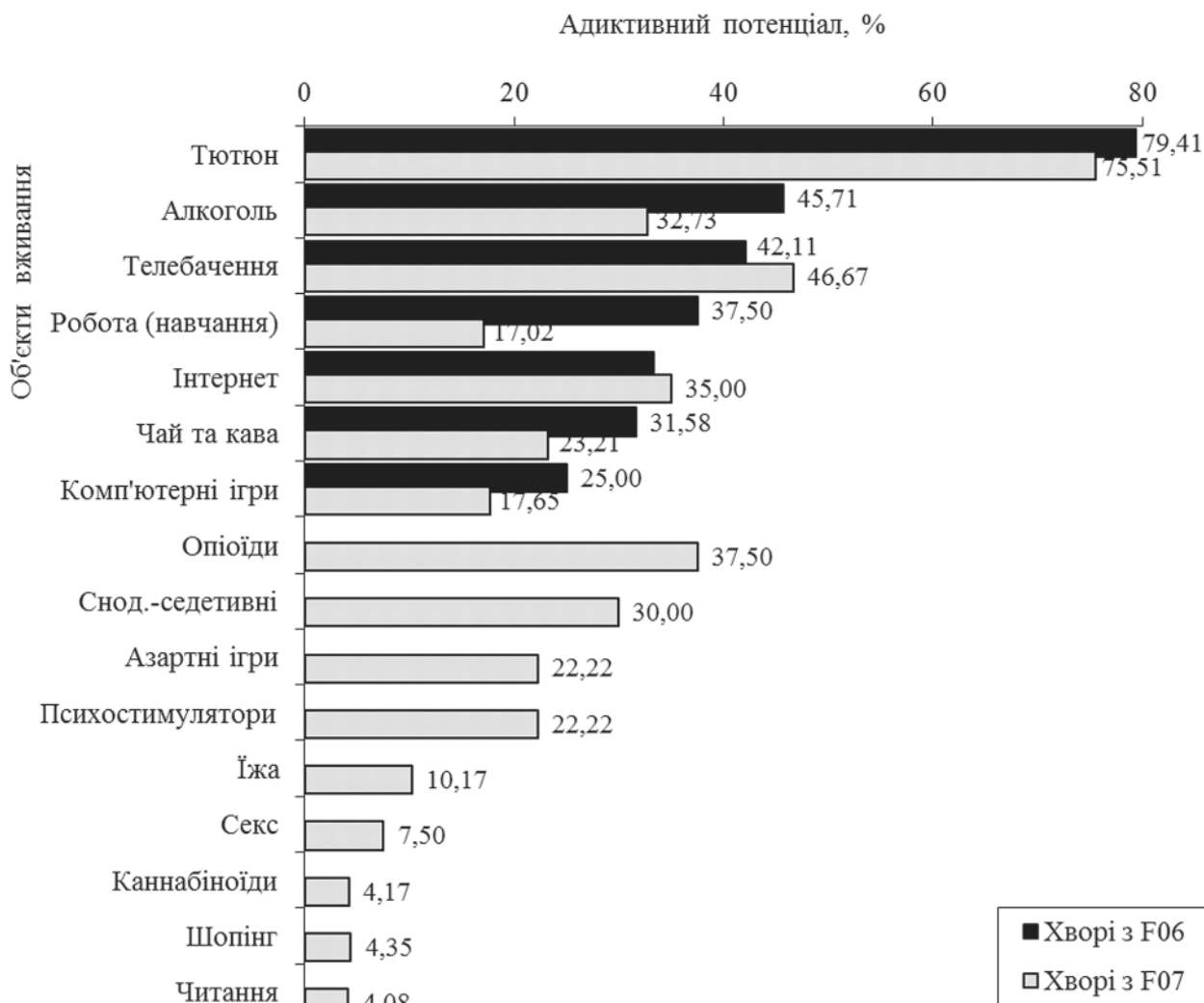
1. Хворі з наслідками ЧМТ більш схильні до формування станів залежності, ніж практично здорові особи, про що свідчать:

– достовірно ( $p < 0,05$ ) вища (порівняно зі здоровими) питома вага осіб із ознаками залежності від різних адиктивних об'єктів ( $\geq 20$  балів у відповідних AUDIT-подібних те-

стах), а саме: від алкоголю (34,00 % проти 0,00 %), тютюну (64,00 % проти 12,33 %), чаю та кави (25,00 % проти 4,11 %), телебачення (44,00 % проти 6,85 %), Інтернету (20,00 % проти 9,59 %) та комп'ютерних ігор (10,00 % проти 1,37 %);

– достовірно ( $p < 0,05$ ) вищі (порівняно із здоровими) адиктивні потенціали деяких поширених адиктивних об'єктів, а саме: тютюну — в 2,14 рази (77,11 % проти 36,00 %), Інтернету — в 3,05 рази (34,48 % проти 11,29 %), чаю та кави — в 5,94 рази (26,60 % проти 4,48 %), телебачення — в 6,29 рази (44,90 % проти 7,14 %) та комп'ютерних ігор — в 8,00 раз (20,00 % проти 2,50 %).

2. Хворі з різними наслідками ЧМТ мають різний рівень схильності до формування станів залежності. У цілому, хворі з іншими



## Примітки:

\* — Оскільки життя без їжі неможливе, йдеться про таке вживання їжі, що супроводжується боротьбою мотивів і дискомфортом (помічене самим респондентом переїдання та/або дієта).

\*\* — Йдеться про таку сексуальну активність, що супроводжується боротьбою мотивів і дискомфортом (помічені самим респондентом, сексуальні надмірності та/або сексуальна «недостатність»).

Рис. 4 Адиктивний потенціал різних потенційно адиктивних об'єктів в групах хворих з F06 та F07

(окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічними розладами, спричиненими ЧМТ (шифр діагнозу F06 за МКХ-10), більш схильні до формування станів залежності, що виникають на тлі штучних потреб, ніж хворі з розладами особистості та поведінки внаслідок ЧМТ (шифр діагнозу F07 за МКХ-10), про що свідчать:

– достовірно ( $p < 0,05$ ) вищі (у порівнянні із хворими на F07) адиктивні потенціали деяких поширених адиктивних об'єктів а саме: чаю та кави — в 1,36 рази (31,58 % проти 23,21 %), алкоголю — в 1,40 рази (45,71 % проти 32,73 %), комп'ютерних ігор — в 1,42 рази (25,00 % проти 17,65 %) та роботи (навчання) — в 2,20 рази (37,50 % проти 17,02 %);

При цьому, хворі з іншими (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психіч-

ними розладами, спричиненими ЧМТ (шифр діагнозу F06 за МКХ-10) менш схильні до формування станів залежності, що виникають на тлі природних потреб, ніж хворі з розладами особистості та поведінки внаслідок ЧМТ (шифр діагнозу F07 за МКХ-10), про що свідчать:

– достовірно ( $p < 0,05$ ) нижчі (порівняно із хворими на F07) середні значення виразності розладів пов'язаних із їжею (FOOD-UDIT) ( $7,36 \pm 0,83$  балів проти  $9,86 \pm 0,74$  балів);

– достовірно ( $p < 0,05$ ) нижча (порівняно із хворими на F07) питома вага осіб із ознаками залежності ( $\geq 20$  балів у відповідному AUDIT-подібному тесті) від їжі (00,00 % проти 9,84 %).

## Література

1. Коркина М. В. Психиатрия: учебник для студ. мед. вузов. [Текст] – 4-е изд. / М. В. Коркина, Н. Д. Лакосина, А. Е. Личко, И. И. Сергеев. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 576 с.
2. Шаповалова В. А. Лекарственные средства в неврологии, психиатрии и наркологии [Текст] / В. А. Шаповалова, П. В. Волошин, А. В. Стефанов [и др.]. – Х.: Факт, 2003. – 784 с.
3. Гиляровский В. А. Отдаленные последствия закрытых травм головы в нервно-психической сфере [Текст] / В. А. Гиляровский // Избранные труды. – М., – 1973. – С. 257–264.
4. Линский И. В. Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ на Украине [Текст] / И. В. Линский, А. И. Минко, Э. Б. Первомайский // Наркология. – М., 2005. – № 4. – С. 12–17.
5. Зайцев О. С. Принципы оценки психопатологических синдромов при ЧМТ [Текст] / О. С. Зайцев, Л. Н. Чебышева, С. В. Ураков, М. А. Засорина // XII съезд психиатров России (материалы съезда). – М., 1995. – С. 332–333.
6. Линский И. В. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов [Текст] / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2009. – № 2. – С. 56–70.
7. Линский И. В. Система AUDIT-подобных тестов для комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции [Электронный ресурс] / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.]. // Новости украинской психиатрии. – К.–Х., 2009. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper313.htm>.
8. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К.: Морион, 2000. – 320 с.

### РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНО АДДИКТИВНЫХ ОБЪЕКТОВ И ИХ АДДИКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

Д. Н. Волошина

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина  
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»

Целью данного исследования стало комплексное изучение аддиктивного статуса пациентов с психопатологическими последствиями черепно-мозговых травм с помощью системы AUDIT-подобных тестов с определением распространенности употребления потенциально аддиктивных объектов и их аддиктивного потенциала в группах сравнения. Единая методологическая основа для изучения ранних стадий формирования состояний зависимостей различного происхождения необходима для качественного сравнительного анализа, а также для оценки интегрального уровня зависимости исследуемых лиц. В результате комплексной оценки аддиктивного статуса пациентов с психопатологическими последствиями черепно-мозговых травм с помощью системы AUDIT-подобных тестов была выявлена более выраженная склонность больных с психопатологическими последствиями ЧМТ к формированию состояний зависимости в сравнении с практически здоровыми лицами контрольной группы, выявлены достоверно более высокие аддиктивные потенциалы некоторых распространенных аддиктивных объектов, а именно: табака, Интернета, чая и кофе, телевидения и компьютерных игр.

**Ключевые слова:** психопатологические последствия черепно-мозговой травмы, AUDIT-подобные тесты, аддиктивный статус, аддиктивный потенциал.

### THE PREVALENCE OF «USING» POTENTIALLY ADDICTIVE OBJECTS AND THEIR ADDICTIVE POTENTIAL AMONG PATIENTS WITH PSYCHOPATHOLOGICAL CONSEQUENCES OF TRAUMATIC BRAIN INJURY

D. M. Voloshyna

V. N. Karazin Kharkiv National University

SI "Institute of Neurology, Psychiatry and Addiction NAMS of Ukraine"

The purpose of the research is studying the addictive status of patients with various consequences of brain injury using tests with the assessment of prevalence of using potentially addictive objects and their addictive potential in the comparison groups. As a result of a comprehensive assessment of the additive status of patients with psychopathological consequences of traumatic brain injury with the help of AUDIT-these tests more severe tendency of patients with psychopathological consequences of TBI in the formation of state dependence in comparison to healthy individuals in the control group was found. The significantly higher addictive potential of some common addictive objects were detected, namely tobacco, Internet, tea and coffee making facilities, television and computer games.

**Key words:** psychopathological consequences of craniocerebral injury, AUDIT-like tests, addictive status, addictive potential.