

На правах рукописи

РЫБАКОВА
Юлия Валерьевна

**АЛКОГОЛЬНАЯ АНОЗОГНОЗИЯ:
МЕТОДИКА ОЦЕНКИ И ВЗАИМОСВЯЗЬ
С КЛИНИЧЕСКИМИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫМИ
ХАРАКТЕРИСТИКАМИ БОЛЬНЫХ**

Специальности: 14.01.27 – наркология
19.00.04 – медицинская психология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург
2012

Работа выполнена в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева.

Научный руководитель: кандидат медицинских наук
Илюк Руслан Дмитриевич

Научный консультант: кандидат психологических наук, доцент
Бочаров Виктор Викторович

Официальные оппоненты: **Ерышев Олег Федорович** доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева
Овчинников Борис Владимирович доктор медицинских наук, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета

Ведущее учреждение: Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Защита диссертации состоится 15 ноября 2012 на заседании Совета (Д 208.093.01) по защите докторских и кандидатских диссертации на базе Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева по адресу: 190219, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Автореферат разослан 15 октября 2012 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Чехлатый Евгений Иванович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. По данным Национального научно-го центра наркологии, число лиц, состоящих на учете с диагнозом алкогольная зависимость, в 2010 году составило 2% от численности населения Российской Федерации (Кошкина Е.А., 2011; Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2011). Высокая распространенность алкогольной зависимости самым неблагоприятным образом влияет на общее качество жизни населения. Тяжесть медико-социальных последствий алкоголизации обуславливает необходимость разработки новых подходов, повышающих эффективность медицинской помощи при алкогольной зависимости.

Отрицание алкогользависимым своего заболевания – алкогольная анозогнозия – является одним из важных клинических феноменов алкогольной зависимости.

Большинство больных с алкогольной зависимостью обращаются за медицинской помощью на развернутой стадии заболевания, при которой доминирует частичная анозогнозия (Рыбакова Т.Г., 1991; Клубова Е.Б., 1995; Барбина Е.М., 2002; Баранова О.В., 2005). Однако феноменологический анализ частичной анозогнозии разработан недостаточно.

Уровень анозогнозии во многом определяет прогноз заболевания, являясь предиктором как длительности ремиссий, так и их качества (Баранова О.В., 2005; Ерышев О.Ф. и др., 2006; Lacoste J. et al., 2011). Динамическая оценка анозогнозии – один из важнейших аспектов лечебно-реабилитационного процесса, так как ее характеристики и выраженность влияют на особенности психотерапевтических и реабилитационных программ (Рыбакова Т.Г., 1991; Дудко Т.Н. и др., 2002; Яровинская А.В., 2011).

Несмотря на значительное количество работ, посвященных анозогнозии, дискуссионным остается ряд вопросов: 1) определение рамок данного феномена; 2) механизмы его происхождения; 3) способы (методики) его оценки. Применяемые способы диагностики анозогнозии базируются на клиническом или экспериментально-психологическом подходе, но нет одного, общепринятого и удобного для клинической и исследовательской практики.

В парадигме клинического подхода приводятся описания и критерии выраженности анозогнозии или ее отдельных компонентов – ког-

нитивного, эмоционального, мотивационно-поведенческого (Лукомский И.И., 1960; Политов В.В., 1981; Валентик Ю.В., Курьшев В.Н., 1992; Ялтонский В.М., 2009). Созданы оригинальные клинические шкалы для оценки отношения к наркологической болезни (Барбина Е.М., 2002; Демина М.В., 2005; Поляк О.Б., 2009), но их применение является трудоемким и требует достаточно высокой профессиональной подготовки клинициста.

Из экспериментально-психологических методов для диагностики анозогнозии используют модифицированную методику Дембо–Рубинштейн (Махова Т.А., 1988); модифицированный личностный дифференциал (Крупницкий Е.М., Гриненко А.Е., 1996); методику «Тип отношения к болезни» (Клубова Е.Б., 1995; Гузиков Б.М. и др., 2000), а также цветовой тест отношений (Барбина Е.М., 2002). В связи с тем что данные инструменты первоначально при их разработке не были ориентированы на диагностику анозогнозии, их применение позволяет получать лишь косвенную оценку данного феномена. Другие методы, такие как тест для определения «наивной» модели алкоголизма (Клочкова Л.В., 1993), методика экспресс-оценки установки на трезвость при алкоголизме (Грабова М.И., 2001), не являются полными и не прошли стандартизацию и валидизацию.

За рубежом для комплексной оценки отношения больного к своему алкогольному заболеванию был предложен только один тест – Шкала для оценки инсайта при алкоголизме (Kim J.S. et al., 1998).

В литературе вклад отдельных факторов в развитие анозогнозии трактуется противоречиво. Лишь в единичных работах (Баранова О.В., 2005; Поляк О.Б., 2009) анозогнозия рассмотрена с учетом совокупности биологических, психологических и социальных факторов в развитии данного феномена.

Отсутствие удобных квантифицированных общепринятых инструментов затрудняет комплексную оценку анозогнозии и дифференцированный подход к лечению и психотерапии больных с алкогольной зависимостью и в целом представляется одним из главных препятствий при изучении феномена алкогольной анозогнозии.

Целью исследования явилось изучение алкогольной анозогнозии как многомерного клинико-психологического феномена, а также выявление клинических, психологических и социальных факторов, имеющих значение в формировании ее отдельных компонентов, в связи с

необходимостью совершенствования диагностики и лечения алкогольной зависимости.

Задачи исследования:

1. Разработка, валидизация и стандартизация опросника для квантифицированной оценки алкогольной анозогнозии, учитывающего выраженность отдельных компонентов исследуемого феномена.

2. Изучение алкогольной анозогнозии как многоаспектного клинико-психологического феномена с помощью клинической оценки и разработанного опросника.

3. Выявление клинических факторов, имеющих значение в формировании отдельных компонентов алкогольной анозогнозии.

4. Исследование взаимосвязи психологических факторов и отдельных компонентов алкогольной анозогнозии.

5. Изучение роли социальных факторов в формировании отдельных компонентов алкогольной анозогнозии.

Научная новизна. Впервые для наркологической практики и научных исследований предлагается валидизированный и стандартизированный опросник «Алкогольная анозогнозия», который основан на представлении об алкогольной анозогнозии как о сложном образовании, включающем в себя когнитивный, эмоциональный и мотивационный компоненты. Новизна разработанного опросника состоит в том, что он позволяет получать комплексную квантифицированную оценку алкогольной анозогнозии по отдельным субшкалам: «Неинформированность», «Непризнание симптомов заболевания», «Непризнание заболевания», «Непризнание последствий заболевания», «Эмоциональное неприятие заболевания», «Несогласие с лечением», «Неприятие трезвости». В проведенном исследовании доказаны валидность и надежность опросника «Алкогольная анозогнозия». Впервые показано, что у больных с алкогольной зависимостью в развернутой стадии преобладает амбивалентное отношение к заболеванию по всем компонентам многоаспектного феномена алкогольной анозогнозии. Впервые с помощью разработанного опросника определен комплекс клинических, психологических и социальных факторов, оказывающих влияние на формирование отдельных компонентов анозогнозии.

Практическая значимость. Созданный опросник «Алкогольная анозогнозия» дополняет клиническую квалификацию анозогнозии, позволяя количественно оценить выраженность отдельных компонен-

тов анозогнозии, что дает возможность осуществлять дифференцированный подход к ее коррекции.

Достоверность результатов обеспечена достаточным объемом выборки и использованием комплекса клинического и экспериментально-психологического методов, а также применением современных методов статистической обработки и анализа данных.

Положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Алкогольная анозогнозия является клинико-психологическим феноменом, в структуре которого выделяют когнитивную, эмоциональную и мотивационную составляющие. Разработанный опросник «Алкогольная анозогнозия» – валидный, надежный и стандартизированный диагностический инструмент, позволяющий получать комплексную оценку структуры и уровня анозогнозии у больных с алкогольной зависимостью.

2. У больных с алкогольной зависимостью превалирует частичная анозогнозия, характеризующаяся амбивалентным отношением к болезни.

3. Клинические особенности заболевания (длительность развернутой стадии болезни, форма потребления алкоголя, толерантность, тяжесть предшествующего рецидива, кратность обращения за лечебной помощью, в том числе с получением психотерапии, перенесенные алкогольные психозы, сопутствующие соматические заболевания, актуальное эмоциональное состояние), личностные характеристики больных, уровень алекситимии, а также особенности микросоциального окружения (родительская и собственная семья больного) и социального статуса способствуют увеличению или уменьшению отдельных компонентов алкогольной анозогнозии.

Публикации и апробация исследования. Основные положения диссертации были представлены и обсуждены на совместном заседании Проблемных комиссий «Наркология» и «Психотерапия и медицинская психология» Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, на Научно-практической конференции «Ананьевские чтения-2011» (СПбГУ, Факультет психологии – 18–20 октября 2011 года).

По теме диссертации опубликовано 10 работ, из них одна – в журнале, рекомендованном ВАК для публикации результатов диссертационных исследований.

Внедрение. Результаты исследования внедрены в программу сертификационного цикла по специальности «психиатрия-наркология» НИПНИ им. В.М. Бехтерева, оформлены в реферате патента «Способ оценки алкогольной анозогнозии и дифференцированные подходы к психотерапевтической и опосредованной психофармакологической коррекции алкогольной анозогнозии у больных алкоголизмом» (уведомление о поступлении и регистрации заявки № 2011154443 (081847 от 29.12.2011).

Структура и объем работы. Диссертационная работа изложена на 162 страницах компьютерного набора, состоит из введения, пяти глав, обсуждения, выводов, списка использованной литературы (всего 254 источника, из них 157 на русском, 97 на иностранных языках), двух приложений. Работа иллюстрирована 4 рисунками и 26 таблицами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Организация и материалы исследования. Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе осуществлялись разработка и апробация предварительного варианта опросника для оценки алкогольной анозогнозии. Задачи второго, основного этапа включали: создание окончательного варианта опросника, исследование с помощью разработанного опросника и клинических оценок алкогольной анозогнозии как многоаспектного феномена, изучение вклада клинических, психологических и социальных факторов в ее формировании.

При формировании структуры и подборе утверждений как предварительного, так окончательного варианта опросника «Алкогольная анозогнозия» был использован метод экспертных оценок. В качестве экспертов выступали пять высококвалифицированных врачей-наркологов.

С целью доказательства внешнекритерияльной валидности опросника на обоих этапах исследования осуществлялась независимая экспертная оценка уровня анозогнозии по всем ее компонентам, соответствующим субшкальной структуре опросника в континууме от 1 до 3 баллов (низкий, средний, высокий), то есть определялся индивидуальный клинический профиль алкогольной анозогнозии у каждого больного.

Методы исследования. В связи с задачами исследования на основном этапе проводились клиническое интервьюирование и наблюдение, результаты которых фиксировались в специально разработанной

клинической карте, где регистрировались социально-демографические показатели, клинические особенности заболевания (длительность второй стадии алкогольной зависимости, темп прогрессивности, уровень толерантности, количество предшествующих обращений за помощью, наличие и длительность ремиссий, характер проводимого в прошлом лечения, актуальное эмоциональное состояние).

Экспериментально-психологический метод включал комплекс методик:

- Опросник «Алкогольная анозогнозия», разработка которого являлась специально поставленной задачей исследования;

- Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) (Собчик Л.Н., 2002);

- Торонтскую алекситимическую шкалу (TAS) (Taylor G.J. et al., 1985; Ересько Д.Б. и др., 2005);

- Адаптированный вариант опросника «Отношение к алкоголизму» (Petru J., 1985; Клочкова Л.В., 1993);

- Визуальную аналоговую шкалу атрибуции алкогольной зависимости (ВАШААЗ), градуированную от 0 до 10 баллов, – для измерения субъективной оценки принадлежности обследуемого к категориям, находящимся в континууме «абсолютный трезвенник – алкогользависимый»;

- Визуальную аналоговую шкалу патологического влечения к алкоголю (ВАШПВА), градуированную от 0 до 10 баллов.

Всего было обследовано 170 больных с алкогольной зависимостью второй стадии заболевания, получавших стационарное лечение в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева. Набор больных осуществлялся сплошным способом.

Критерием включения являлась алкогольная зависимость (F10.2).

Критериями не включения являлись сочетание алкогольной зависимости с шизофренией, маниакально-депрессивным психозом, эпилепсией, наркотической зависимостью, личностными расстройствами; наличие выраженных когнитивных нарушений, психотического состояния или острой фазы алкогольного абстинентного синдрома.

Методы статистической обработки. Обработка исходной информации проводилась с помощью статистического пакета SPSS 19.0. Для описания популяции обследуемых использовались методы деск-

риптивного анализа. Корреляционный анализ с использованием рангового коэффициента корреляции Спирмена применялся для определения дифференцирующей силы каждого утверждения, внешнекритериальной и перекрестной валидности, тест-ретест надежности опросника, для изучения связи между значениями субшкал опросника и клиническими, психологическими и социально-демографическими характеристиками больных. Проверка согласованности утверждений опросника между собой внутри каждой субшкалы проводилась с применением коэффициента α Кронбаха. Для стандартизации опросника анализировалась нормальность распределения частот утверждений по каждой из субшкал с использованием критерия Колмогорова–Смирнова. Для определения средних эмпирических значений субшкал опросника проводился частотный анализ выбора утверждений в среднем диапазоне каждой субшкалы. Межгрупповые сравнения проводились с помощью критерия Манна–Уитни. Различия рассматривались как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты апробации предварительного варианта опросника

«Алкогольная анозогнозия»

Структура предварительного варианта опросника была сформирована на основе концепции В.Н. Мясищева, подразумевающей рассмотрение любого отношения в трех смысловых ракурсах: когнитивном, эмоциональном и мотивационном. На первом этапе в исследование было включено 64 испытуемых (50 (78,1%) мужчин и 14 (21,9%) женщин, средний возраст – $41,4 \pm 7,6$ года; средний стаж зависимости – $10,3 \pm 6,5$ года. Были определены 15 утверждений, не вызывавших у больных затруднения в понимании и имевших положительные статистически значимые корреляционные связи с общей оценкой по субшкале, в составе которой они находились. Установлено, что внешнекритериальная валидность по когнитивной, эмоциональной и мотивационной субшкалам составила соответственно: $r = 0,56$; $p < 0,001$; $r = 0,39$; $p < 0,001$; $r = 0,22$; $p < 0,001$.

Анализ результатов предварительного этапа показал необходимость более детализированной структуры опросника с доработкой его, главным образом, по мотивационному компоненту.

Результаты разработки и апробации окончательного варианта опросника «Алкогольная анозогнозия»

Разработка структуры окончательного варианта опросника.

Концептуально-теоретическая структура опросника не была изменена, но было принято решение в мотивационной составляющей отдельно оценивать отношение к лечению и установку на трезвость. Когнитивный блок был представлен более детально с учетом концепции инсайта (David A.S., 1990; David A.S. et al., 1992; Amador X.F. et al., 1993). Эта концепция предполагает, что отношение больного к своей психической болезни включает: 1) способность оценивать некоторые свои психические симптомы как патологические; 2) признание больным, что он страдает психическим расстройством в целом; 3) понимание больным связи между изменениями социального функционирования и психическим заболеванием. Таким образом, с учетом взглядов этих авторов на структуру отношения больного к психическому заболеванию, нами были предложены следующие шесть субшкал опросника «Алкогольная анозогнозия»: «Непризнание симптомов заболевания» (НС), «Непризнание заболевания» (НЗ), «Непризнание последствий заболевания» (НПЗ), «Эмоциональное неприятие заболевания» (ЭНЗ), «Несогласие с лечением» (НЛ), «Непринятие трезвости» (НТ).

В связи с тем что индивидуальные представления об алкогольной зависимости строятся на основе обыденных представлений о медицинских аспектах болезни и могут быть как адекватными, соответствующими научным представлениям о заболевании, так и неправильными (Политов В.В., 1981), в структуру опросника нами также была введена субшкала «Неинформированность» (НИ).

Таким образом, с учетом смыслового содержания субшкал, отражающего отдельные проявления анозогнозии, были выделены: когнитивные субшкалы – НИ, НС, НЗ, НПЗ, эмоциональная субшкала – ЭНЗ и мотивационные субшкалы – НЛ, НТ.

Подбор утверждений для субшкал опросника. Утверждения, относящиеся к отдельным компонентам анозогнозии, были разработаны экспертами-наркологами с использованием содержательного анализа существующих диагностических инструментов: Шкалы для оценки инсайта при алкоголизме (Kim J.S. et al., 1998) и методики «Тип отношения к болезни» (Вассерман Л.И. и др., 2005). В окончательном тек-

сте опросник содержит 46 утверждений, которые расположены в произвольном порядке, сформулированы как в прямой, так и в обратной форме, распределены по вышеуказанным семи субшкалам.

Объектом основного этапа исследования явились 106 больных, средний возраст которых составил $42,1 \pm 8,8$ года, диапазон от 22 до 61 года; средняя длительность 2-й стадии зависимости $11,3 \pm 7,0$ года, диапазон от 1 до 30 лет. Среди испытуемых было 19 женщин (17,9%) и 87 мужчин (82,1%).

Основная часть больных – 92 человека (86,8%) – была обследована в раннем постабстинентном периоде, средний срок воздержания от алкоголя $9,4 \pm 5,9$ дня. Остальные 14 (13,2%) больных поступили в стационар в состоянии срыва после продолжительной (более 12 месяцев) ремиссии и были обследованы в те же сроки.

Запойная форма пьянства определялась у 76 (71,7%) больных, постоянная – у 30 (28,3%). Низкая толерантность к алкоголю отмечалась у 10 (9,4%) больных, средняя – у 60 (56,6%), высокая – у 36 (34,0%). Обращение за наркологической помощью было первичным у 25 (23,6%) больных, повторным – у 20 (18,9%), многократным – у 61 (57,5%). Помимо медикаментозного лечения, краткосрочная психотерапия по поводу алкогольной зависимости проводилась в прошлом 30 (29%) больным. Алкогольный делирий по анамнезу переносили 11 (10%) больных. Сопутствующие соматические заболевания имелись у 83 (78,3%) больных, отсутствовали – у 23 (21,7%). В зависимости от актуального аффективного статуса больные были разделены на три группы: 1) с наличием тревожно-депрессивного синдрома – 16 (15,1%) больных, 2) эйфорического синдрома – 8 (7,5%), 3) невыраженного аффективного синдрома – 70 (66,0%). Другие аффективные синдромы были мало представлены и не рассматривались при анализе.

48 (45,3%) больных воспитывались в детстве в условиях эксцессивной алкоголизации хотя бы одного из родителей, у 58 (54,7%) больных родители либо употребляли алкоголь умеренно, либо имели алкогольную зависимость, протекающую с длительными повторными ремиссиями. 21 (19,8%) больной был разведен; 76 (71,7%) состояли в браке, у 11 (14,5%) из них супруг также был зависим от алкоголя. Уровень трудовой адаптации был незначительно снижен у 67 (63,2%) больных, значительно снижен – у 26 (24,5%), у 13 (12,3%) больных его снижения не наблюдалось.

Результаты исследования валидности опросника. Были изучены следующие виды валидности: содержательная, внешнекритериальная, перекрестная.

Содержательная валидность. Каждое утверждение опросника подвергалось анализу, цель которого состояла в том, чтобы соотнести его с теоретическим пониманием алкогольной анозогнозии. Выбор утверждений и распределение их по субшкалам производились согласованно пятью квалифицированными врачами-наркологами, выступавших в качестве экспертов.

Внешнекритериальная валидность. При ее изучении в качестве внешнего критерия выступала независимая экспертная оценка уровня анозогнозии, проводимая врачами-наркологами. Установлено, что между результатами заполнения опросника и экспертными оценками существуют статистически значимые положительные корреляционные связи (табл. 1).

Таблица 1

Корреляции между общим значением по субшкалам опросника «Алкогольная анозогнозия» и экспертными оценками (n = 106)

Субшкалы	НИ	НС	НЗ	НПЗ	ЭНЗ	НЛ	НТ
Коэффициент корреляции между результатами заполнения опросника и экспертными оценками	0,54	0,72	0,71	0,55	0,60	0,42	0,51

Примечание 1. НИ – субшкала «Неинформированность», НС – субшкала «Непризнание симптомов заболевания», НЗ – субшкала «Непризнание заболевания», НПЗ – субшкала «Непризнание последствий заболевания», ЭНЗ – субшкала «Эмоциональное неприятие заболевания», НЛ – субшкала «Несогласие с лечением», НТ – субшкала «Неприятие трезвости». *Примечание 2.* Коэффициент корреляции Спирмена $p < 0,001$ для всех значений таблицы.

Перекрестная валидность изучалась с помощью корреляционного анализа суммарных значений опросника «Алкогольная анозогнозия» по субшкалам и данных, полученных с помощью визуальной аналоговой шкалы атрибуции алкогольной зависимости и опросника «Отношение к алкоголизму».

У 76 (71,7%) пациентов показатель атрибуции алкогольного заболевания был в диапазоне от 5 до 10 баллов (среднее значение $6,3 \pm 1,5$),

то есть больные признавали у себя в той или иной мере наличие алкогольной зависимости. У 30 испытуемых (28,3%) значения атрибуции были менее 5 баллов (среднее значение $2,8 \pm 1,25$), то есть они помещали себя ближе к «абсолютному трезвеннику», чем к «алкогользависимому». При изучении субъективной модели алкоголизма с использованием опросника «Отношение к алкоголизму» выявлено, что у респондентов в целом доминируют модели, отражающие недостаточное принятие испытуемыми представлений об алкогольной зависимости как о болезни.

С помощью коэффициента корреляции Спирмена установлены статистически значимые отрицательные корреляционные связи отдельных субшкал опросника «Алкогольная анозогнозия» с показателями ВАШААЗ в диапазоне 0,21–0,49, а также со значениями модели «алкоголизм как болезнь» в диапазоне 0,26–0,38. Кроме того, выявлены статистически значимые положительные корреляционные связи между отдельными субшкалами опросника «Алкогольная анозогнозия» и значениями средней и индивидуальной модели алкогольной зависимости в диапазоне 0,23–0,38. Следовательно, показатели перекрестной валидности проявились в достаточной степени.

Результаты исследования надежности опросника. Надежность исследовалась с помощью процедуры «тест-ретест»: у 30 больных опросник применялся дважды с интервалом от 2 до 7 дней. В данном промежутке времени определяемый экспертами уровень алкогольной анозогнозии по всем субшкалам оставался у всех больных неизменным.

Большая ретестовая надежность определяется достоверной значимостью на уровне $p < 0,001$ высоких значений коэффициента корреляции между данными, полученными при первом и втором заполнении больными опросника (табл. 2).

Таблица 2

Коэффициент надежности по показателю «тест-ретест» по субшкалам опросника «Алкогольная анозогнозия» ($n = 30$)

Субшкалы	НИ	НС	НЗ	НПЗ	ЭНЗ	НЛ	НТ
Тест-ретест надежность	0,86	0,95	0,94	0,96	0,92	0,88	0,88

См. примечания к табл. 1.

Таким образом, показатели валидности и надежности опросника могут быть определены как достаточные.

Результаты ИТЕМ-анализа. ИТЕМ-анализ опросника включал в себя:

1) *Исследование «трудности» утверждений.* Под «трудностью» утверждений понимается, насколько часто утверждение принимается или отвергается респондентом. Установлено, что опросник «Алкогольная анозогнозия» не содержит утверждений высокой трудности. Субшкалы «Непризнание симптомов» и «Непризнание заболевания» не содержат утверждений низкой трудности; все утверждения, относящиеся к ним, имеют средний уровень трудности. Остальные субшкалы содержат в своем составе утверждения как средней, так и низкой трудности.

2) *Определение дифференцирующей силы каждого утверждения.* Были установлены: 1) наличие статистически значимых положительных корреляционных связей между значениями каждого утверждения опросника и суммарным показателем соответствующей субшкалы (табл. 3); 2) тот факт, что каждое утверждение опросника больше статистически достоверно коррелирует с суммарным показателем субшкалы, в составе которой оно находится, чем с шестью другими суммарными показателями по остальным шести субшкалам.

Таблица 3

Корреляции между общим значением по субшкалам опросника «Алкогольная анозогнозия» и каждым из утверждений (n = 106)

Субшкалы	НИ	НС	НЗ	НПЗ	ЭНЗ	НЛ	НТ
Диапазон корреляции между каждым пунктом субшкалы и общим значением по этой субшкале	0,44– 0,72	0,61– 0,76	0,76– 0,80	0,34– 0,60	0,39– 0,70	0,40– 0,74	0,28– 0,67

См. примечания к табл. 1

3) *Изучение внутренней согласованности* (α Кронбаха). Внутренняя согласованность – это степень однородности состава заданий с точки зрения измеряемого психологического свойства.

Значения коэффициента α Кронбаха для субшкал опросника представлены в табл. 4. Полученные данные свидетельствуют о том, что внутренняя согласованность субшкал разработанного опросника достаточна.

Таблица 4

Значения α Кронбаха для субшкал опросника
«Алкогольная анозогнозия» (n = 106)

Субшкалы	НИ	НС	НЗ	НПЗ	ЭНЗ	НЛ	НТ
α Кронбаха	0,56	0,77	0,79	0,68	0,67	0,55	0,73

См. примечание 1 к табл. 1.

Таким образом, субшкалы опросника имеют внутренне согласованную структуру, а результаты ИТЕМ-анализа могут быть оценены как удовлетворительные.

Стандартизация опросника. Для всех субшкал опросника были определены средние значения (табл. 5).

Таблица 5

Средние значения субшкал опросника
«Алкогольная анозогнозия» (n = 106)

Субшкалы	Количество утверждений, входящих в субшкалу	Средние значения субшкал M \pm SD
НИ	5	8,64 \pm 2,23
НС	4	5,73 \pm 2,22
НЗ	4	6,29 \pm 2,41
НПЗ	8	13,24 \pm 3,58
ЭНЗ	7	9,81 \pm 2,70
НЛ	5	6,41 \pm 1,86
НТ	11	17,05 \pm 4,27

См. примечание 1 к табл. 1.

Все субшкалы разрабатываемого опросника были проверены на нормальность распределения с помощью критерия Колмогорова–Смирнова. Установлено, что распределение по всем субшкалам не носило нормального характера, в связи с чем произведена процедура принудительной нормализации с использованием Q-приведения. Установлены диапазоны «сырых» баллов по каждой субшкале, которые соответствуют низкому, пониженному, среднему, повышенному, высокому уровням алкогольной анозогнозии.

Результаты исследование алкогольной анозогнозии как многоаспектного феномена

Результаты клинического изучения анозогнозии. Анализ средних показателей анозогнозии выявил, что значения выше среднего экспертного балла имели место по всем компонентам, причем наиболее выражены они были по таким составляющим, как несогласие с лечением, непризнание симптомов заболевания, непризнание последствий заболевания, непринятие трезвости. Наименьшие значения выявлены по такой составляющей, как неинформированность.

Исследование совокупности индивидуальных клинических профилей анозогнозии выявило отсутствие больных, у которых, согласно экспертным оценкам, определялись низкие показатели анозогнозии по всем компонентам. Высокие показатели по всем компонентам, позволяющие квалифицировать алкогольную анозогнозию как тотальную, определялись у 9 (8,5%) больных. У остальных больных анозогнозия была квалифицирована как частичная, причем только у 8 (7,5%) больных ее выраженность определялась одинаковым средним уровнем по всем компонентам. У оставшихся 89 (84,0%) больных показатели анозогнозии различались как по выраженности отдельных ее компонентов, так и по их соотношению. Содержательная сторона анозогнозии в этих случаях была неодинакова у разных больных: выявлены разные соотношения между суждениями больных относительно алкогольной зависимости и эмоциональными и мотивационно-поведенческими реакциями на заболевание.

Таким образом, клинический анализ показал, что у большинства больных с алкогольной зависимостью на развернутой стадии болезни преобладает тот вариант частичной анозогнозии, индивидуальные профили которой характеризуются диссоциацией между выраженностью ее отдельных компонентов.

Результаты изучения анозогнозии по данным опросника «Алкогольная анозогнозия». Изучение анозогнозии по данным заполнения опросника было проведено на основе частотного анализа выбора утверждений в среднем диапазоне каждой субшкалы.

«Неинформированность». 88% всех больных, заполнивших опросник (93 испытуемых), дали ответы, находящиеся в среднем диапазоне субшкалы. Диагностически наиболее чувствительными были утверждения «Алкоголизм – это не болезнь, а скорее слабоволие» и «Ес-

ли после лечения долго не употреблять алкоголь, то после такого перерыва опять можно вернуться к умеренному употреблению алкоголя – без последствий и проблем». На первое из них 60% ответили «согласен», на второе – 70% респондентов также дали ответ «согласен» или «не уверен». На утверждение «Зависимый от алкоголя человек не может контролировать дозу употребляемого им алкоголя» 37% больных дали ответ «не уверен». Утверждение «Алкоголизм является болезнью» оказалось малочувствительным с точки зрения диагностики – 97% больных дали ответ «согласен», то есть в сознании больных уживаются два противоположных убеждения: почти все больные высказывают вербальное согласие с тем, что алкоголизм является болезнью, но при этом 60% одновременно считают его слабоволием. На утверждение «Потребность в алкоголе на следующий день после выпивки – признак алкоголизма» 15% респондентов ответили «не согласен», 85% дали ответ «не уверен».

Таким образом, по субшкале «Неинформированность» в среднем ее диапазоне доминировали представления о том, что алкоголизм не является заболеванием и существует возможность контролированно употреблять алкоголь.

«Непризнание симптомов». 76% больных, заполнивших опросник (81 испытуемый), дали ответы, находящиеся в среднем диапазоне субшкалы. Причем 59% (48 человек) из них набирали минимально возможный по данной субшкале балл, что соответствует диагностически незначимым ответам на все утверждения. То есть наблюдалось полное вербальное признание симптомов заболевания значительной частью обследованных. Нарастание балла в среднем диапазоне субшкалы происходило за счет ответов «не уверен» по утверждениям «Если я начинаю пить, мне зачастую бывает трудно остановиться» и «Я всегда, когда хочу этого, могу контролировать дозу употребляемого алкоголя», то есть по утверждениям, нацеленным на выявление утраты контроля за потреблением алкоголя. Верхняя граница среднего диапазона субшкалы достигалась главным образом за счет выбора неуверенных ответов больными о наличии у них потребности в опохмелении (40%) и уверенности в сохранности количественного контроля (36%).

«Непризнание заболевания». Особенностью результата, полученного по данной субшкале, является выделение двух уровней шкальных оценок, свидетельствующих об отсутствии или наличии анозогнозии.

36% респондентов ответили на все утверждения субшкалы диагностически незначимо. Остальные 64% (68 больных) дали ответы, находящиеся в среднем диапазоне субшкалы. Все утверждения данной субшкалы имели достаточно высокое диагностическое значение: более чем половина больных дали диагностически значимые ответы.

Таким образом, большинство алкогользависимых пациентов не признавали себя больными алкоголизмом, считали, что родственники и врачи преувеличивают их зависимость от алкоголя.

«Непризнание последствий заболевания». 70% всех больных, заполнивших опросник (74 испытуемых), дали ответы, находящиеся в среднем диапазоне субшкалы. Характерными особенностями данного диапазона были: вербальное признание ухудшения психического и физического здоровья из-за употребления алкоголя (89% респондентов) и сообщение о том, что употребление алкоголя плохо влияет на отношения в семье (93% респондентов). На сходные по смыслу утверждения «Мое здоровье не пострадало из-за употребления алкоголя» и «Из-за моих выпивок не страдает никто из моих родных», сформулированные в прямом виде, диагностически незначимые ответы дали 74% и 58% респондентов соответственно. Утверждениями, за счет которых достигалось нарастание общего балла в среднем диапазоне субшкалы, являлись: «Из-за употребления алкоголя я совершаю поступки, несовместимые с моими принципами» – на него 39% респондентов дали диагностически значимые ответы и 14% – ответы «не уверен», а также утверждение «Мои выпивки не отражаются плохо на моей работе», на которое диагностически значимо ответили 27% респондентов.

Таким образом, средний уровень характеризуется формальным признанием физических, психических и семейных последствий алкоголизации при недостаточном понимании отклонений в поведении, морально-этической и профессиональной сферах.

«Эмоциональное неприятие заболевания». 68% всех больных, заполнивших опросник (72 испытуемых), дали ответы, находящиеся в среднем диапазоне субшкалы. Из них не менее 80% опрошенных давали диагностически незначимые ответы на утверждения: «Меня тревожит, что я попал в зависимость от алкоголя», «Я огорчен конфликтами в семье и на работе, возникшими из-за моей алкоголизации», «Я огорчен тем, что попал в зависимость от алкоголя», «Меня тревожат проблемы в семье и на работе, которые вызваны моей алкоголизацией».

Большую диагностическую чувствительность имели утверждения «Я не доволен тем, что родные и врачи считают меня больным алкоголизмом» и «Меня раздражает, что близкие мне люди требуют уменьшить или прекратить пьянство», нацеленные на выявление эмоциональной реакции недовольства (дисфории). Диагностически значимые ответы по данным утверждениям были получены в 36% и 31% случаев, ответы «не уверен» – в 29% и 31% случаев соответственно.

Следовательно, больные формально соглашались с наличием у них озабоченности в связи с наркологическим заболеванием и его последствиями. Одновременно у больных регистрировалось недовольство в связи с тем, что ближайшее окружение признает их алкогользависимыми и требует отказаться от алкоголя.

«Несогласие с лечением». 86% всех больных, заполнивших опросник (91 испытуемый), дали ответы, находящиеся в среднем диапазоне субшкалы, причем у 55% (50 человек) из них общий балл равнялся минимально возможному по данной субшкале, что соответствовало диагностически незначимым ответам на все утверждения. Таким образом, у большей части больных наблюдались полное вербальное согласие с необходимостью наркологического лечения и правильное понимание причин попадания в стационар. Нарастание баллов главным образом происходило за счет неуверенных и диагностически значимых выборов по утверждению «Я не нуждаюсь в лечении по поводу алкоголизма», сделанных в 20% случаев, а также за счет выбора ответов «не уверен» по двум утверждениям: «Пребывание в больнице поможет мне разрешить мои проблемы в семье и на работе, связанные с моей алкоголизацией» – у 34% испытуемых, и «Напрасно мои родственники уговорили меня обратиться за наркологическим лечением» – у 20%.

То есть средний уровень анозогнозии по данной субшкале характеризуется сомнениями в необходимости и эффективности наркологического лечения.

«Непринятие трезвости». 69% всех больных, заполнивших опросник (73 испытуемых), дали ответы, находящиеся в среднем диапазоне значений. Вопросами низкой диагностической значимости являлись: «Цель моего лечения – добиться полной трезвости», «Мне необходимо полностью отказаться от алкоголя», «Я готов изменить свой образ жизни, чтобы поддерживать трезвость» и «У меня есть серьезные причины сохранять полную трезвость», на которые больные легко да-

вали формальные, социально приемлемые положительные ответы. Диагностически значимые ответы были получены в 21% случаев на утверждение «Я скорее нуждаюсь в некотором уменьшении выпивок, чем в полном отказе от них», в 41% – «Я готов лечиться столько, сколько нужно, длительно контактировать с врачом, чтобы достичь трезвости», на последнее – 21% респондентов ответили «не уверен». На утверждение «Сомневаюсь, что мне необходимо лечение, целью которого является полная трезвость» 22% респондента сделали выбор «не уверен», а в 19% случаев на это же утверждение был сделан диагностически значимый выбор «согласен». Наибольшее диагностическое значение имело утверждение «Я не предвижу никаких трудностей в осуществлении своего желания бросить пить».

Таким образом, выявлена тенденция со стороны пациентов к согласию с целями лечения и подтверждению личной необходимости трезвости. Однако более детальный анализ этой установки с помощью вопросов, характеризующих устойчивость и определенность декларируемых больными решений, показал, что ответы обследованных скорее носят формальный характер и пациенты недооценивают сложность поддержания трезвости и не готовы к длительной работе над этой задачей.

Обобщая результаты анализа алкогольной анозогнозии в среднем диапазоне по всем субшкалам, можно заключить, что ее когнитивный компонент характеризуется недостаточным принятием медицинской концепции алкоголизма испытуемыми, в результате чего частичная или полная атрибуция отдельных признаков заболевания не ведет к правильной самодиагностике заболевания в целом. Из всего множества последствий алкоголизации наиболее часто распознаются больными те, которые возникают в сфере психического и соматического здоровья или касаются семейных отношений. Реже распознаются изменения в области трудовых отношений и морально-этической сфере. Эмоциональный компонент анозогнозии проявляется амбивалентностью отношения к наличию заболевания и его последствий, сочетанием тревожности и недовольства. Мотивационная составляющая анозогнозии характеризуется противоречивыми тенденциями относительно участия в лечении и поддержания трезвости.

Сопоставление полученных экспериментально-психологических данных с результатами клинического обследования больных позволяет

заклучить, что у больных с алкогольной зависимостью, обращающихся за медицинской помощью, преобладает частичная анозогнозия, характеризующаяся двойственным отношением к заболеванию. Противоречивость отношения больных к заболеванию установлена как при анализе совокупности индивидуальных клинических профилей анозогнозии, выявляющем существующую диссоциацию между отдельными компонентами анозогнозии, так и при анализе средних эмпирических значений по каждой из субшкал, раскрывающем противоречивость внутри каждого компонента.

Роль клинических и социально-психологических факторов в формировании алкогольной анозогнозии

Значение клинических факторов в формировании алкогольной анозогнозии

Обнаружена положительная корреляционная связь между количеством дней трезвости, предшествующих обследованию, и «Непризнанием симптомов заболевания» ($r = 0,27$; $p < 0,05$), то есть по мере улучшения самочувствия больные начинали отрицать наличие симптомов алкогольной зависимости. Отрицательные корреляционные связи выявлены между длительностью второй стадии алкогольной зависимости и «Непризнанием симптомов заболевания» ($r = -0,23$; $p < 0,05$), «Непризнанием последствий заболевания» ($r = -0,19$; $p < 0,01$). По мере течения заболевания больные начинали лучше признавать симптомы зависимости и последствия алкоголизации. Отрицательная корреляционная связь существует между количеством предшествующих обращений за помощью и «Непризнанием заболевания» ($r = -0,19$; $p < 0,05$). Многократность обращений за помощью способствовала большему признанию алкогольной зависимости.

Обнаружены отрицательные корреляционные связи между наличием психотерапевтических вмешательств и «Неинформированностью» ($r = -0,34$; $p < 0,01$), «Непризнанием симптомов заболевания» ($r = -0,19$; $p < 0,05$), «Непризнанием заболевания», ($r = -0,37$; $p < 0,01$), «Непризнанием последствий заболевания» ($r = -0,30$; $p < 0,01$), «Эмоциональным неприятием заболевания» ($r = -0,46$; $p < 0,01$) и «Неприятием трезвости» ($r = -0,29$; $p < 0,01$). То есть выявлено, что психотерапия способствует снижению алкогольной анозогнозии. Отсутствие корреляций по субшкале «Несогласие с лечением» может быть обу-

словлено тем, что проводимая в прошлом психотерапия мало влияет на отношение к настоящей госпитализации, которое, по-видимому, определяется другими факторами.

Между уровнем толерантности к алкоголю и «Эмоциональным принятием заболевания» выявлена положительная корреляционная связь ($r = 0,20$; $p < 0,05$). С ростом толерантности к алкоголю отмечается большее безразличие к своему состоянию.

У больных, поступивших в стационар в состоянии срыва после длительной ремиссии, достоверно выше уровни «Неинформированности» ($p < 0,05$), «Непризнания симптомов заболевания» ($p < 0,05$), «Непризнания заболевания» ($p < 0,01$), «Непризнания последствий заболевания» ($p < 0,05$), чем у больных, поступивших в состоянии развернутого рецидива алкогольной зависимости. Это свидетельствует о том, что состояние ремиссии, которое характеризуется ослаблением биологических и социальных последствий алкоголизма, закономерно сопровождается уменьшением критичности к этим его проявлениям. У больных с постоянной формой алкоголизации по сравнению с больными, у которых алкоголизация носила запойный характер, достоверно выше были значения «Непринятие трезвости» ($p < 0,05$). Пациенты с данным типом потребления алкоголя менее ориентированы на трезвость. У больных, ранее перенесших алкогольные психозы, достоверно ниже был уровень «Непризнания последствий заболевания» ($p < 0,05$). Следовательно, перенесенные психозы способствуют признанию последствий алкогольной зависимости. Больные с коморбидными соматическими заболеваниями имели достоверно более низкие значения «Непризнания заболевания» ($p < 0,05$) и «Непризнания последствий заболевания» ($p < 0,05$). Наличие сопутствующих соматических заболеваний способствует лучшему осознанию наличия алкогольной зависимости и ее последствий.

Изучение взаимосвязи между актуальным аффективным статусом и алкогольной анозогнозией выявило, что у больных с тревожно-депрессивными расстройствами достоверно ниже уровень «Эмоционального принятия заболевания» ($p < 0,05$) по сравнению как с больными без выраженных аффективных расстройств, так и с больными, имеющими эйфорические расстройства ($p < 0,05$). Кроме того, у этих больных были достоверно ниже показатели, чем у больных без выраженных аффективных расстройств, «Непризнания последствий заболе-

вания» ($p < 0,05$) и, в сравнении с больными с эйфорическими расстройствами, «Непризнания заболевания» ($p < 0,05$).

По данным визуальной аналоговой шкалы патологического влечения к алкоголю, 92 (86,8%) больных с алкогольной зависимостью не отмечали у себя влечения к алкоголю, 14 (13,2%) регистрировали влечение в диапазоне от 1 до 7 баллов (среднее значение равнялось $2,5 \pm 1,7$ балла). Между уровнями алкогольной анозогнозии и уровнем патологического влечения к алкоголю (ПВА) корреляционной связи установлено не было. Полученный нами результат связан с характеристиками ПВА: у 14 больных, которые рефлексировали у себя влечение к алкоголю, оно носило осознаваемый (обсессивный) характер, и у большинства было низко интенсивным.

Такие клинические факторы, как прогрессивность, судорожные припадки, продолжительность запоев, комплексная характеристика предшествующих ремиссий, не являлись значимыми в формировании алкогольной анозогнозии.

Таким образом, можно заключить, что существенную роль в формировании алкогольной анозогнозии играют следующие клинические факторы: длительность развернутой стадии болезни, форма потребления алкоголя, интенсивность алкоголизации (толерантность, тяжесть предшествующего рецидива), перенесенные алкогольные психозы, кратность обращения за лечебной помощью, в том числе с получением психотерапии, сопутствующие соматические заболевания, актуальное эмоциональное состояние.

Взаимосвязь психологических факторов и алкогольной анозогнозии

1. Личностные особенности. Исследование по методике СМИЛ установило повышение усредненного профиля по всем шкалам. Большинство показателей находилось в интервале выше 60 баллов. Отмечались высокие оценки по шкалам «Импульсивность» ($72,4 \pm 11,2$ балла), «Индивидуалистичность» ($71,7 \pm 14,3$), «Пессимистичность» ($71,0 \pm 15,2$) и «Тревожность» ($70,1 \pm 11,6$). Высокая оценка по шкале «Импульсивность» у больных с алкогольной зависимостью свидетельствует об их социальной дезадаптации, конфликтности, пренебрежении социальными нормами и ценностями. Повышенное значение шкалы «Индивидуалистичность» говорит о наличии у испытуемых слабого эмоционального ответа на события окружающей действительности и их отчужденности в межличностных отношениях. Высокие показатели

по шкалам «Пессимистичность» и «Тревожность» являются характерными для постабстинентного состояния, в котором были обследованы больные.

Были выявлены отрицательные связи между шкалами СМИЛ «Тревожность», «Индивидуалистичность» и субшкалой опросника «Непризнание симптомов заболевания» ($r = -0,40$; $p < 0,05$ и $r = -0,35$; $p < 0,01$ соответственно); шкалой «Пессимистичность» и субшкалой «Непризнание последствий заболевания» ($r = -0,35$; $p < 0,05$). Таким образом, наличие тревожных, индивидуалистических и пессимистических личностных особенностей способствует большей критичности к наркологическому заболеванию. Кроме того, установлены отрицательные корреляционные связи между шкалой СМИЛ «Эмоциональная лабильность» и субшкалами опросника «Непризнание последствий заболевания» ($r = -0,43$; $p < 0,01$), «Эмоциональное неприятие заболевания» ($r = -0,30$; $p < 0,05$). Полученный результат связан с тем, что шкала «Эмоциональная лабильность» отражает наличие демонстративных тенденций, свойственных лицам с истерическими личностными чертами, склонным подчеркивать, акцентировать наличие у себя каких-либо нарушений.

2. *Алекситимия.* При исследовании уровня алекситимии выявлено, что среднее значение по шкале TAS равнялось $66,9 \pm 9,4$ балла и находилось в промежуточном диапазоне между показателем «алекситимичности» (74 балла и более) и «неалекситимичности» (62 балла и менее).

Уровень алекситимии положительно коррелирует с субшкалой опросника «Неинформированность» ($r = 0,20$; $p < 0,05$). Это указывает на то, что у больных с алкогольной зависимостью, имеющих выраженные алекситимические особенности, не только существуют трудности с распознаванием и вербализацией эмоциональных состояний, но у них не происходит и селекции значимой информации, в том числе относящейся к алкогольной зависимости.

Значение социально-демографических факторов в формировании алкогольной анозогнозии

У больных, воспитывавшихся в детстве в условиях эксцессивной алкоголизации хотя бы одного из родителей, по сравнению с больными, родители которых либо употребляли алкоголь умеренно, либо имели алкогольную зависимость, протекавшую с длительными ремиссиями

ми, достоверно выше значения субшкал «Непризнание заболевания» ($p < 0,05$) и «Непризнание последствий заболевания» ($p < 0,05$). У больных, состоящих в браке с алкогользависимым супругом, достоверно выше были показатели тех же субшкал ($p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно) и «Эмоционального неприятия заболевания» ($p < 0,05$). У разведенных больных достоверно ниже были показатели «Непризнание последствий заболевания» ($p < 0,01$), чем у сохранивших брачные отношения.

Таким образом, наличие актуальной алкогольной зависимости как у родителей, так и у супруга препятствует адекватному распознаванию алкогольного заболевания у себя, а расторжение брака приводит к лучшему признанию последствий заболевания.

Уровень социальной адаптации больных отрицательно коррелирует с субшкалами «Неинформированность» ($r = -0,25$; $p < 0,05$), «Эмоциональное неприятие заболевания» ($r = -0,27$; $p < 0,01$), «Неприятие трезвости» ($r = -0,20$; $p < 0,05$).

ВЫВОДЫ

1. Алкогольная анозогнозия представляет собой многомерный клинико-психологический феномен, включающий когнитивный, эмоциональный и мотивационный компоненты.

2. Разработанный опросник «Алкогольная анозогнозия» является валидным, надежным и стандартизированным инструментом, позволяющим получать комплексную оценку уровня анозогнозии по отдельным субшкалам, которые отражают неинформированность, непризнание симптомов заболевания, непризнание заболевания в целом, непризнание последствий заболевания, эмоциональное неприятие заболевания, несогласие с лечением, неприятие трезвости.

3. При алкогольной зависимости у больных преобладают варианты частичной анозогнозии, индивидуальные профили которой характеризуются диссоциацией между выраженностью ее отдельных компонентов и внутренней противоречивостью каждого из них.

4. Когнитивный компонент характеризуется недостаточным принятием медицинской модели алкоголизма, вследствие чего частичная или полная атрибуция отдельных признаков заболевания не ведет к правильной самодиагностике заболевания. Эмоциональный компонент проявляется амбивалентностью отношения к наличию заболевания и

его последствий, сочетанием тревожности и недовольства; а мотивационный – характеризуется противоречивыми тенденциями относительно участия в лечении и поддержания трезвости.

5. Такие клинические факторы, как наличие длительной ремиссии перед рецидивом, редуцирование абстинентных расстройств, аффективные расстройства эйфорического характера, содействуют увеличению когнитивного компонента анозогнозии; многократность обращений за медицинской помощью, увеличение стажа заболевания, перенесенные алкогольные психозы, наличие тревожно-депрессивных расстройств и коморбидных соматических заболеваний – его уменьшению. Увеличению эмоционального компонента способствуют высокая толерантность к алкоголю, эйфорические эмоциональные нарушения, снижению – аффективные нарушения тревожно-депрессивного типа. Большая выраженность мотивационного компонента анозогнозии выявлена при постоянной форме пьянства. Проводимые в прошлом психотерапевтические вмешательства приводят к снижению уровней всех компонентов алкогольной анозогнозии.

6. Тревожные, индивидуалистические и пессимистические личностные черты способствуют меньшей выраженности когнитивного компонента алкогольной анозогнозии, эмоционально-лабильные – меньшему уровню ее когнитивного и эмоционального компонентов. В низкой информированности больных по медицинским аспектам алкогольной зависимости играет роль наличие алекситимии.

7. Социальным фактором, имеющим значение в увеличении когнитивного компонента анозогнозии, является наличие алкогольной зависимости в родительской семье или у супруга, в уменьшении – расторжение брачных отношений. Отсутствие дезадаптации в трудовой сфере способствует меньшей выраженности когнитивного, эмоционального и мотивационного компонентов алкогольной анозогнозии.

Практические рекомендации

1. Применение опросника позволяет в дополнение к клинической квалификации феномена оценить структуру и выраженность алкогольной анозогнозии, что открывает возможности дифференцированного подхода к ее коррекции.

2. Опросник «Алкогольная анозогнозия» предлагается использовать как инструмент динамической квантифицированной оценки эф-

фективности вмешательств, направленных на преодоление алкогольной анозогнозии.

3. Проведение психообразовательных занятий, направленных на повышение информированности больных по проблемам алкогольной зависимости, следует проводить с учетом уровня алекситимии как фактора, оказывающего влияние на селекцию значимой информации.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

Научные статьи в журналах, входящих в перечень ВАК

1. Рыбакова Ю. В. Новый опросник «Алкогольная анозогнозия» для больных с алкогольной зависимостью / Ю. В. Рыбакова, Р. Д. Илюк, Е. М. Крупицкий, В. В. Бочаров, А. Я. Вукс // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2011. – № 11, вып. 2 (Алкоголизм). – С. 30–38.

Другие научные публикации

2. Рыбакова Ю. В. Клинико-психологическая диагностика и характер реабилитации больных с личностными расстройствами, зависимых от психоактивных веществ : пособие для врачей / НИПНИ им. В. М. Бехтерева ; авторы-сост. : Б. М. Гузилов, В. М. Зобнев, Д. И. Громько, Л. Н. Галанкин, Ю. В. Рыбакова, Л. В. Пименова, А. А. Голубев. – СПб., 2004. – 24 с.

3. Рыбакова Ю. В. Исследование отношения к болезни и лечению у больных героиновой наркоманией в раннем постабстинентном периоде / Ю.В. Рыбакова // Психиатрия консультирования и взаимодействия. – СПб., 2004. – С. 56–57.

4. Рыбакова Ю. В. Анозогнозия у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ / Ю. В. Рыбакова, И. В. Овечкина, Е. М. Крупицкий, Р. Д. Илюк // XIV съезд психиатров России, Москва, 15–18 ноября 2005 г. : материалы съезда. – М., 2005. – С. 366–367.

5. Рыбакова Ю. В. Исследование анозогнозии у пациентов алкогольной зависимостью с помощью самоопросника «Алкогольная анозогнозия» / Ю. В. Рыбакова, И. В. Овечкина, Р. Д. Илюк // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. – 2006. – № 1. – С. 19.

6. Рыбакова Ю. В. Экспериментальное применение опросника «Алкогольная анозогнозия» / Ю. В. Рыбакова, И. В. Овечкина,

Р. Д. Илюк // Психоневрология в современном мире : юбилейная научная сессия, Санкт-Петербург, 14–18 мая 2007 г. / под ред. Н. Г. Незнамова. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб.: Изд-во «Человек и лекарство», 2007. – С. 194.

7. Рыбакова Ю. В. Исследование анозогнозии у пациентов с зависимостью от алкоголя / Ю. В. Рыбакова, И. В. Овечкина, Р. Д. Илюк // Профилактика и терапия употребления психоактивных веществ и нехимической зависимости у несовершеннолетних : материалы городского семинара для организаторов и специалистов / под ред. Л. П. Богданова и др. – СПб., 2008. – С. 95–103.

8. Рыбакова Ю. В. Изучение факторов, оказывающих влияние на формирование алкогольной анозогнозии / Ю. В. Рыбакова // Материалы научно-практической конференции к 110-летию кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, 10 декабря 2010 г. – СПб. : Изд. НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2010. – С. 118–119.

9. Рыбакова Ю. В. Методика оценки анозогнозии у больных алкогольной зависимостью / Ю. В. Рыбакова // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – Т. 1, № 2 (39). – С. 262–263.

10. Рыбакова Ю. В. Методика оценки анозогнозии у больных алкоголизмом : методические рекомендации / НИПНИ им. В. М. Бехтерева ; авторы : Ю. В. Рыбакова, Р. Д. Илюк, Е. М. Крупицкий, В. В. Бочаров, А. Я. Вукс. – СПб., 2011. – 37 с.

Список сокращений

ВАШААЗ — Визуальная аналоговая шкала атрибуции алкогольной зависимости

ВАШПВА — Визуальная аналоговая шкала патологического влечения к алкоголю

НЗ — субшкала «Непризнание заболевания»

НИ — субшкала «Неинформированность»

НЛ — субшкала «Несогласие с лечением»

НПЗ — субшкала «Непризнание последствий заболевания»

НС — субшкала «Непризнание симптомов заболевания»

НТ — субшкала «Непринятие трезвости»

ПВА — патологическое влечение к алкоголю

СМИЛ — Стандартизированный многофакторный метод исследования личности

ЭНЗ — субшкала «Эмоциональное неприятие заболевания»

TAS — Торонтская алекситимическая шкала

Подписано в печать 05.10.2012. Формат 60 x 84/16.
Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
методом оперативной полиграфии.
Заказ № /12. Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева.
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, тел. 365-20-80