

УДК 159.99

**ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ НА
РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

*Анатолий Николаевич Алёхин, доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой клинической психологии,*

*Анна Владимировна Яровинская, ассистент,
Российский государственный педагогический университет имени А.И. Герцена,
(РГПУ им. А.И. Герцена),
Санкт-Петербург*

Аннотация

В статье представлены результаты исследования специфики отношения к болезни у больных хроническим алкоголизмом на 1, 2 стадии заболевания, на этапе становления ремиссии/поступления на отделение реабилитации и устойчивой ремиссии.

Ключевые слова: отношение к болезни, динамика алкогольной зависимости.

**ATTITUDE TOWARDS THE ILLNESS AMONG THE PERSONS WITH ALCOHOL
ADDICTION AT DIFFERENT STAGES OF THEIR DISEASE**

*Anatoliy Nikolaevich Alekhin, the doctor of medical sciences, professor,
Head of Department of Clinical Psychology,*

*Anna Vladimirovna Jarovinskaya, the assistant,
The Herzen State Pedagogical University of Russia,
Saint Petersburg*

Annotation

The article gives the results of study covering the attitude specificity towards the illness among the persons with chronic alcoholism at the 1st, 2nd stages of their disease, at the stage of remission time at the reception to the rehabilitation department and during long-term remission period.

Keywords: attitude towards the alcohol addiction, alcohol addiction dynamics.

ВВЕДЕНИЕ

Учет многообразия личностных реакций на болезнь, наряду с выделением осевых психопатологических синдромов и симптомов, является одним из важных аспектов диагностики наркологических заболеваний. Несмотря на большое количество исследований, вопрос изучения субъективной стороны заболевания является наиболее дискуссионным в современной наркологии. Большинство как отечественных, так и зарубежных исследований посвящено проблеме анозогнозии при аддиктивных расстройствах и при алкогольной зависимости, в частности. При таком подходе игнорируются качественные характеристики представлений, переживаний, мотивации и поведения больного в клинической динамике алкогольной зависимости, роль психологических механизмов формирования отношения к болезни, её различные проявления на разных этапах болезни, что и определило актуальность настоящего исследования, целью которого явилось изучение специфики отношения к болезни у больных хроническим алкоголизмом на разных этапах заболевания.

МЕТОДИКА

Отсутствие психодиагностических методик, адекватных указанной цели, определило необходимость разработки соответствующего инструмента. Методика для изучения отношения к болезни при алкогольной зависимости разрабатывалась специалистами – клиническими психологами, врачами-наркологами и врачами-психиатрами, которым предлагалось смоделировать утверждения лиц с алкогольной зависимостью, в разной степени осознающих болезненность своего состояния (отдельных проявлений

зависимости) и тяжесть его последствий.

Для раскрытия понятия алкогольной зависимости были проанализированы диагностические критерии этого расстройства (F10.2) по МКБ-10, которые были дополнены различными аспектами социальных последствий алкоголизма. Основу для рассмотрения внутренней картины болезни составили следующие 12 шкал: «Отношение к болезни в целом», «Отношение к непреодолимой тяге к алкоголю», «Отношение к невозможности контролировать дозу алкоголя и рецидивам», «Отношение к абстинентному синдрому», «Отношение к изменению толерантности», «Отношение к соматическим последствиям алкоголизма», «Отношение к социальным последствиям алкоголизма», «Отношение к трезвости и отказу от алкоголя», «Отношение к лечению», «Отношение к врачам», «Отношение к семье», «Отношение к будущему».

Вариант для лиц с устойчивой ремиссией предполагает исключение вопросов шкал, отражающих симптомы актуальной физической зависимости: «Отношение к непреодолимой тяге к алкоголю», «Отношение к невозможности контролировать дозу алкоголя и рецидивам», «Отношение к абстинентному синдрому» и «Отношение к изменению толерантности».

Для каждой из шкал экспертами были разработаны по девять утверждений, отражающих определенное отношение к соответствующему аспекту заболевания, разную степень осознания алкогольной зависимости и разную модальность аффективной реакции на неё. Выделялись следующие категории утверждений:

- Анозогностические (например, «Я не считаю себя больным», «Я могу сам контролировать, когда пить, а когда нет»).
- Адекватные/объективные, отражающие правильное понимание больным своей зависимости (например, «Я считаю себя больным алкоголизмом», «Мое будущее во многом зависит от того, смогу ли я отказаться от алкоголя»).
- Аффективные/гипернозогностические, отражающие интенсивную эмоционально-личностную реакцию больного на признание своей зависимости и невозможности противостоять ей. В этой категории каждое из трех утверждений в шкале имеет свою эмоциональную окраску: тревоги, подавленности либо гнева (например, «Меня самого пугает, как много я пью», «Мне тяжело и горько осознавать, что я алкоголик», «Меня раздражает и даже возмущает, что врачи никак не могут меня вылечить»).

Испытуемому предлагается выбрать из каждой таблицы-шкалы по два утверждения, наиболее точно характеризующих его представления, переживания, актуальное состояние, установки и т.п. Всего в исследовании приняли участие 138 человек (36 женщин и 102 мужчины). Средний возраст составил 39,5 лет. Стаж активного употребления алкоголя обследованных от 2 до 15 лет, форма алкоголизации – преимущественно систематическая и перемежающаяся. Способы прерывания запоя самостоятельные, при помощи близких или медицинского вмешательства.

Обследованные были разделены на 4 группы. В первую группу вошли 30 зависимых от алкоголя первой стадии (F 10.1; мужчин – 18 (60%), женщин – 12 (40%)) на основании следующих критериев включения: синдром зависимости от алкоголя начальная (первая) стадия, в настоящее время рецидив. Во вторую группу вошел 41 больной алкоголизмом второй стадии (F 10.2; мужчин – 38 (93%), женщин – 3 (7%)) на основании следующих критериев включения: синдром зависимости от алкоголя средняя (вторая) стадия, в настоящее время рецидив. В третью группу вошел 31 больной алкоголизмом (мужчин – 22 (71%), женщин – 9 (29%)), второй стадии (F 10.21) на основании следующих критериев включения: синдром зависимости от алкоголя средняя (вторая) стадия, в настоящее время воздержание в условиях, исключающих употребление. В четвертую группу вошли 36 больных алкоголизмом второй стадии (F 10.202; мужчин – 24 (67%), женщин – 12 (33%)), на основании следующих критериев включения: синдром зависимости от алкоголя средняя (вторая) стадия, в настоящее время полная/устойчивая ремиссия. Длительность ремиссии составляла в среднем 3,8 лет.

Исследование проводилось на базе наркологического отделения регионального

медицинского центра «Бехтерев», с информированного согласия обследуемых, руководителей учреждения и лечащих врачей.

Исследование группы 4 проводилось в рамках катamnестических обследований, на базе групп поддержки и самопомощи больным алкоголизмом.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При сравнении общих показателей по категориям гипернозогностических, анозогностических и объективных реакций в 4 группах, были получены статистически значимые различия по всем шкалам методики.

Особенности отношения к болезни на первой стадии алкогольной зависимости (группа 1) были подробно рассмотрены в предыдущей статье [8].

Необходимо добавить, что были выделены те проявления заболевания и его последствий, которые, по сравнению с больными из групп 2,3,4 ($p < 0,05$), в наименьшей степени осознаются больными: болезненность состояния в целом, абстинентный синдром, соматические последствия алкоголизма, социальные последствия алкоголизма, необходимость трезвости и отказа от употребления алкоголя, необходимость и границы врачебной помощи.

По сравнению с больными из группы реабилитации, больные из группы зависимости от алкоголя 1 стадии достоверно чаще ($p < 0,05$) выбирали аффективный тип утверждений по шкале «Отношение к лечению» и «Отношение к врачам», а по сравнению с больными из группы устойчивой ремиссии – по шкале «Отношение к лечению» ($p < 0,05$). Причем аффективная реакция была наиболее выражена у больных старшей возрастной группы с опытом неоднократных госпитализаций ($r = 0,43$).

Больные из группы алкогольной зависимости 2 стадии (группа 2) отличались от остальных групп ярко выраженной аффективной реакцией на свою болезнь. Они выбирали аффективные утверждения достоверно чаще, чем больные из 1 группы, и отличались от больных отделения реабилитации выраженными аффективными реакциями в виде гнева ($p < 0,05$), а от больных в стадии ремиссии – реакциями тревоги и подавленности ($p < 0,05$). Эти данные подтверждают результаты некоторых исследований о возрастании значимости эмоционального компонента в структуре внутренней картины болезни по мере развития зависимости [3].

В группе зависимости от алкоголя 2 стадии наибольшее количество выборов утверждений гипернозогностического типа было получено по шкалам: «Отношение к трезвости и отказу от употребления алкоголя», «Отношение к изменению толерантности», «Отношение к невозможности контролировать дозу и рецидивам».

Выраженность тенденции отрицания своего заболевания у больных хроническим алкоголизмом 2 стадии, так же как и у больных на 1 стадии алкогольной зависимости, зависит от количества госпитализаций ($r = 0,61$), но, тем не менее, имеет свои особенности. Прежде всего, отрицание заболевания у больных хроническим алкоголизмом касается таких сфер отношения к болезни, как «Отношение к болезни в целом» и «Отношение к будущему».

Притом что количество госпитализаций у больных на 2 стадии алкогольной зависимости больше, чем у больных на 1 стадии алкогольной зависимости ($p < 0,0001$), больные склонны оценивать свою зависимость от алкоголя скорее как привычку, чем болезнь: «Употребление алкоголя – просто одна из моих слабостей» и недооценивать её влияние на свое будущее «У меня на будущее большие планы».

Большая значимость понятия «будущее» для больных по сравнению со здоровыми отмечена в некоторых исследованиях [1]. Здоровые видят будущее хорошим, но трудным, больные, вследствие тревоги за свою жизнь, видят его преимущественно сверхоптимистично. Очевидно, это связано с активным включением механизмов психологической защиты, которая проявляется как реакция против психотравмирующих воздействий, и в данном случае можно предположить, что у больных происходит «вытеснение» беспокойства за свою судьбу. Защитный характер отрицания заболевания на

этом этапе, подчеркивают и авторы других исследований, посвященных алкогольной анозогнозии [2].

По сравнению с больными из группы реабилитации, больные из группы алкогольной зависимости 2 стадии достоверно чаще давали ответы анозогностического типа по 8 шкалам методики: «Отношение к болезни в целом», «Отношение к абстинентному синдрому», «Отношение к изменению толерантности», «Отношение к соматическим последствиям алкоголизма», «Отношение к трезвости и отказу от алкоголя», «Отношение к лечению», «Отношение к врачам», «Отношение к семье».

И хотя самый высокий показатель анозогностического отношения к болезни выявлен у больных на 1 стадии алкогольной зависимости, у больных на 2 стадии зависимости он затрагивает более широкий спектр значимых отношений.

Несмотря на очевидные, на второй стадии последствия алкогольного злоупотребления: возрастание толерантности, появление абстинентного синдрома, актуализации соматических заболеваний, возрастание количества госпитализаций, снижение качества жизни, большинство больных хроническим алкоголизмом 2 стадии (55%) не планировало отказ от употребления алкоголя: «Полный отказ от алкоголя – это для меня слишком» (36%), «Я рассчитываю в дальнейшем научиться контролировать дозу алкоголя» (19%).

При анализе отношения к болезни у больных хроническим алкоголизмом 2 стадии необходимо отметить те сферы, для которых характерным является более объективное отношение и меньшая степень аффективных реакций больных: отношение к семье и отношение к соматическим последствиям алкоголизма.

По сравнению с группой 1, больные из группы 2 достоверно чаще ($p < 0,05$) выбирали объективные ответы по шкалам: «Отношение к невозможности контролировать дозу и рецидивам», «Отношение к абстинентному синдрому», «Отношение к трезвости и отказу от алкоголя», «Отношение к лечению».

Больные из группы реабилитации (группа 3), по сравнению с больными из групп 1, 2 и 4, достоверно чаще ($p < 0,05$) выбирали объективный тип утверждений по сферам отношения к болезни. Преобладание объективных ответов больных из группы реабилитации достоверно значимо по сравнению со всеми группами и было характерно для следующих сфер отношений больных: отношение к врачам, отношение к семье, отношение к социальным последствиям алкоголизма.

По сравнению с группой активной физической зависимости 2 стадии, больные из группы реабилитации достоверно чаще выбирают такие объективные утверждения по шкалам «Отношение к изменению толерантности» и «Отношение к трезвости и отказу от употребления алкоголя», как: «Я полон решимости вести трезвый образ жизни», «Единственный выход для меня – полная трезвость» (60%) больных, «Мое удовольствие от опьянения уже сильно поблекло».

На эмоциональном уровне отношения к болезни у больных отделения реабилитации выбор гипернозогностической реакции гнева был статистически ниже, чем у больных на 2 стадии алкогольной зависимости ($p < 0,05$), а по сравнению с больными из группы алкогольной зависимости 1 стадии ($p < 0,05$) и группой устойчивой ремиссии ($p < 0,05$) преобладала реакция тревоги по отношению к таким аспектам заболевания, как болезнь в целом, невозможность контролировать дозу и рецидивы, изменение толерантности, непреодолимая тяга к алкоголю.

При этом реакция подавленности у поступивших на отделение реабилитации, была ярче выражена у больных более молодого возраста ($r = 0,55$), которые имели меньший стаж употребления ($r = 0,5$) и больший стаж ремиссии ($r = 0,46$).

Больные из группы реабилитации достоверно меньше, по сравнению с группами алкогольной зависимости 1 и 2 стадии ($p < 0,05$), выбирали анозогностические ответы по шкалам: «Отношение к болезни в целом», «Отношение к абстинентному синдрому», «Отношение к изменению толерантности», «Отношение к социальным последствиям алкоголизма», «Отношение к соматическим последствиям алкоголизма», «Отношение

к врачам».

Наибольшее количество ответов анозогнозического типа, так же как и у больных на 2 стадии алкогольной зависимости, характерно по шкалам: «Отношение к непреодолимой тяге к алкоголю» и «Отношение к будущему», что может отражать защитный характер анозогнозических реакций. Также можно отметить, что осознание типичных проявлений зависимости является, по-видимому, неустойчивой характеристикой когнитивного компонента отношения к болезни у больных отделения реабилитации, поскольку ослабевает по мере редукции симптомов физической зависимости.

Для больных из группы устойчивой ремиссии (группа 4) было характерно обладание адекватных и анозогнозических реакций на свое заболевание.

Обращает на себя внимание, что для больных из группы устойчивой ремиссии характерен тот же выбор категорий и утверждений, что и у больных из группы, поступившей на отделение реабилитации. Наибольшее количество объективных ответов у больных отделения реабилитации и у больных из группы ремиссии относятся к сферам: отношение к семье, отношение к трезвости и отказу от алкоголя, отношение к социальным последствиям алкоголизма. Характерные утверждения: «Я благодарен близким за помощь и терпение», «Я полон решимости вести трезвый образ жизни», «Алкоголь ставит под угрозу мое материальное положение, социальный статус, отношения с окружающими».

В то же время необходимо обратить внимание на выбор анозогнозических утверждений у больных 4 группы. Больные из группы устойчивой ремиссии выбирали анозогнозические утверждения меньше, чем больные на 1 стадии алкогольной зависимости, но чаще, чем больные из группы активного употребления на 2 стадии алкогольной зависимости и больные из группы реабилитации ($p < 0,05$).

Выбор ответов анозогнозического типа для больных алкоголизмом на стадии устойчивой ремиссии в большей степени характерен по шкалам: «Отношение к болезни в целом», «Отношение к лечению», «Отношение к будущему».

Утверждения, которые чаще всего выбирают больные на стадии устойчивой ремиссии: «Я не считаю себя больным», «У меня на будущее большие планы», «Я не нуждаюсь в лечении – могу справиться самостоятельно». При этом утверждение «Я не считаю себя больным» выбирали 63% больных из группы устойчивой ремиссии.

Наименьшее количество ответов анозогнозического типа характерно для категорий: «Отношение к семье» и «Отношение к трезвости».

Таким образом, в результате проведенного исследования с помощью методики «Отношение к болезни при алкогольной зависимости» были выделены особенности отношения к болезни у больных хроническим алкоголизмом, характерные для каждого этапа зависимости. Больные на первой стадии алкогольной зависимости склонны отрицать свое заболевание и его существенные симптомы. У больных 2 группы ярко выражена аффективная реакция на свою зависимость. Больные из группы реабилитации наиболее адекватно оценивают свое состояние, что, возможно, связано с появлением твердой установки на трезвость. Больные из группы устойчивой ремиссии отрицают заболевание, при этом, ориентируясь на трезвую жизнь, признают актуальные социальные последствия заболевания, в том числе для межличностных отношений. Для них характерно отрицание как своего заболевания в целом, так и необходимости медицинской помощи, что, по-видимому, можно объяснить тем, что болезнь и лечение в этой группе ассоциируется с фазой активного употребления алкоголя и наличием таких непосредственных симптомов болезни, как абстинентный синдром и тяга к алкоголю. В литературе встречаются упоминания о том, что представления о больном алкоголизмом у зависимых от алкоголя лиц, а также здоровых, соответствуют клиническому описанию третьей стадии хронического алкоголизма, что, по мнению авторов, является одной из основных причин отрицания пациентами алкоголизма как социально негативного патологического феномена [5]. В то же время необходимо отметить, что снижение объективности в оценке своего заболевания может быть одним из при-

знаков возможного рецидива [4].

Это предположение может быть подкреплено результатами анализа гипернозогнозических реакций в группе устойчивой ремиссии. Наибольшее количество выборов аффективно окрашенных утверждений у больных на стадии устойчивой ремиссии было получено по шкалам: «Отношение к соматическим последствиям алкоголизма», «Отношение к болезни в целом», «Отношение к врачам». Преобладающей гипернозогнозической реакцией у больных алкоголизмом на стадии устойчивой ремиссии, является реакция подавленности, которая может быть признаком аффективного расстройства и, по мнению некоторых авторов, приводит к рецидиву заболевания [4].

В целом, нельзя не заметить, что внешние проявления и последствия алкоголизации оцениваются больными более адекватно: неблагоприятная семейная обстановка, условия клиники и изменение отношений на работе и в обществе являются для больных более реальными свидетельствами болезненности своего состояния, чем собственное поведение, переживания, необходимость опохмеления, повышение толерантности и непреодолимая тяга к алкоголю. Именно эти аспекты заболевания, составляющие его наиболее значимые проявления, по-видимому, в наименьшей степени осознаются больными, что определяет необходимость их акцентирования в психокоррекционной работе с больными.

ВЫВОДЫ

На основании результатов, полученных в данном исследовании, можно сделать следующие выводы:

1. Для больных алкогольной зависимостью на 1 стадии заболевания характерно преимущественное отрицание болезненности своего состояния. При этом степень выраженности отрицания зависит от уровня образования и количества госпитализаций обследованных. Негативно-аффективные реакции больных направлены преимущественно на врачей и оказание медицинской помощи. При оценке своего состояния больные больше склонны ориентироваться на межличностные отношения и соматические последствия зависимости.

2. Больные на второй стадии алкогольной зависимости характеризуются нарастанием амбивалентного отношения к своему заболеванию и способностью совладать с ним. Это приводит к выраженному психоэмоциональному напряжению и, как следствие, к аффективной реакции на актуальное состояние и способность его контролировать.

3. В группе отделения реабилитации преобладает объективное отношение к своему заболеванию в целом, активное принятие лечения и появление установки на трезвость. Принятие решения об обращении за помощью, скорее всего, зависит от оценки снижения качества жизни и эйфоризирующего эффекта алкоголя.

4. На этапе устойчивой ремиссии больные алкогольной зависимостью характеризуются сочетанием объективных и анозогнозических реакций по отношению к болезни. При наличии твердой установки на трезвость, больные склонны отрицать свою зависимость и возможность медицинского вмешательства, что может послужить причиной рецидива. Больные также характеризуются реакцией тревоги по отношению к своему заболеванию и его последствиям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлачук, Л.Ф. Диагностика психологического времени личности как характеристики внутренней картины болезни (на материале больных с приобретенным пороком сердца) / Л.Ф. Бурлачук, Е.Ю. Коржова // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. – Л., 1990. – С. 58-62.

2. Вассерман, Л.И. Отношение к болезни, алкогольная анозогнозия и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев,

Е.Б. Клубова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – СПб., 1993. – № 2. – С. 13-21.

3. Гузиков, Б.М. Исследование отношения к болезни у больных алкоголизмом / Б.М. Гузиков, В.М. Зобнев, Л.В. Ключкова // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. – Л., 1990. – С. 70-77.

4. Ерышев, О.Ф. Клинико-психологические особенности ремиссий при алкоголизме / О.Ф. Ерышев, Т.Г. Рыбакова, Т.Н. Балашова // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. – Л., 1989. – С. 16-32.

5. Клубова, Е.Б. Клинические и экспериментально-психологические сопоставления анозогнозических реакций на болезнь у больных алкоголизмом // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. – Л., 1990. – С. 85-89.

6. МКБ-10 ВОЗ. Международная классификация болезней. 10-й пересмотр. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб. : [б.и.], 1994. – 741 с.

7. Перейра, Ф.М. Особенности мотивационной структуры алкогольной зависимости / Ф.М. Перейра, Т.А. Немчин, Б.М. Гузиков // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. – Л., 1989. – С. 32-38.

8. Яровинская, А.В. Отношение к болезни у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, на 1 стадии заболевания // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2010. – № 9 (67). – С. 119-122.

Контактная информация: jrov_a@mail.ru

УДК 796.42

ЗНАЧЕНИЕ БЕГОВЫХ УПРАЖНЕНИЙ В ФУНКЦИОНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ НЕРВНО-МЫШЕЧНОГО АППАРАТА СПОРТСМЕНОВ В ПОДГОТОВИТЕЛЬНОМ ЦИКЛЕ ТРЕНИРОВОК

Виктор Михайлович Башкин, кандидат педагогических наук, доцент, заведующий кафедрой физической культуры и спорта,

Санкт-Петербургский государственный университет аэрокосмического приборостроения (СПбГУАП)

Аннотация

В работе исследована роль беговых упражнений в изменении функционального состояния нервно-мышечного аппарата спортсменов в различные тренировочные периоды. Определены корреляционные зависимости между параметрами, определяющими функциональное состояние нервно-мышечного аппарата спортсменов и беговой нагрузкой.

Ключевые слова: упругость мышц, функциональное состояние, нервно-мышечный аппарат, утомление, механические свойства, нагрузка.

IMPORTANCE OF THE RUNNING EXERCISES FOR THE FUNCTIONAL CONDITION OF THE NEUROMUSCULAR APPARATUS OF THE ATHLETES DURING THE PREPARATORY TRAINING PERIOD

Victor Mikhajlovich Bashkin, the candidate of pedagogical sciences, senior lecturer, Physical training and sports department chairman,

The St.-Petersburg State University of Space Instrument Making

Annotation

The role of running exercises in changing the functional condition of the neuromuscular apparatus of athletes during the various training periods has been investigated in the article. The correlation dependences between the parameters defining functional condition of the neuromuscular apparatus of