

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА

**МЕТОДИКА ОЦЕНКИ АНОЗОГНОЗИИ
У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2011

Аннотация

Алкогольная анозогнозия продолжает оставаться в поле зрения исследователей, так как оказывает значительное влияние на эффективность терапии. В настоящее время недостаточно освещен вопрос о комплексной количественной оценке алкогольной анозогнозии и ее связи с клиническими проявлениями заболевания.

В работе представлена новая клиничко-диагностическая методика для многокомпонентной квантифицированной оценки алкогольной анозогнозии, учитывающая выраженность отдельных компонентов исследуемого феномена (когнитивного и эмоционального неприятия заболевания, несогласия с лечением). Изложено описание инструмента, позволяющего определять выраженность алкогольной анозогнозии и клиничко-психосоциальные характеристики, влияющие на ее формирование. Приведены результаты применения опросника у больных алкогольной зависимостью. Подтверждена его надежность и валидность, в том числе и статистическими методами.

Методические рекомендации предназначены для врачей психиатров-наркологов, клинических психологов, работающих в специализированных наркологических учреждениях и реабилитационных центрах.

Авторы:

Ю.В. Рыбакова, м. н. с. отделения терапии больных с аддиктивными расстройствами; Р.Д. Илюк, к. м. н., руководитель отделения терапии больных с аддиктивными расстройствами; Е.М. Крупицкий, д. м. н., профессор, руководитель отдела наркологии; В.В. Бочаров, к. пс. н., ст. н. с. лаборатории клинической психологии и психодиагностики, А.Я. Вукс, главный специалист по вычислительной технике отдела научно-медицинской информации.

Рецензенты:

А.Ю. Егоров, д. м. н., профессор кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета.
Е.В. Снедков, д. м. н., профессор кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургской медицинской академии им. И.И. Мечникова.

Список сокращений

- ААС — алкогольный абстинентный синдром
АЗ — алкогольная зависимость
ВАШААЗ — визуальная аналоговая шкала атрибуции алкогольной зависимости
ВАШПВА — визуальная аналоговая шкала патологического влечения к алкоголю
НЗ — непризнание заболевания
НИ — неинформированность
НЛ — несогласие с лечением
НПЗ — непризнание последствий заболевания
НС — непризнание симптомов заболевания
НТ — неприятие трезвости
ЭНЗ — эмоциональное неприятие заболевания
ММРІ — Миннесотский многошкальный личностный тест
ТАS — Торонтская алекситимическая шкала

Введение

Отношение больного алкоголизмом к своему заболеванию продолжает оставаться в поле внимания исследователей [5, 12], так как является одним из важнейших факторов, определяющих эффективность лечения. Отказ от лечения алкогользависимых часто обусловлен непониманием ими своего болезненного состояния. Объясняется это особым клинико-психологическим явлением, выражающимся в отрицании существования болезни. «Алкогольная анозогнозия» является наиболее употребительным термином для данного феномена. Первоначально термин «анозогнозия» использовался только применительно к пациентам, которые не способны осознавать симптомы своей болезни как результат определенных нейрокогнитивных нарушений, являющихся прямым следствием поражения мозга. Термин «алкогольная анозогнозия» был введен И.И. Лукомским в 1960 году для описания нарушения осознания алкогольной болезни, и, согласно позиции некоторых авторов [10], «оказался более удачным и более широким, чем такие понятия, как механизм психологической защиты, нарушение личностного компонента мышления, изменение иерархии потребностей и мотивов личности, системы ценностной ориентации, малая и неправильная осведомленность пациентов об основных проявлениях болезни и др.», которые предположительно являются отдельными возможными механизмами ее формирования. В таком смысле данный термин продолжает использоваться в наркологии и сейчас. Несмотря на значительное количество работ, посвященных алкогольной анозогнозии, дискуссионным остается ряд вопросов: 1) определение рамок данного феномена: так, в частности, некоторые авторы рассматривают его только как когнитивную реакцию на болезнь, а другие выделяют также эмоциональный и мотивационно-поведенческий компонент; 2) механизмы его происхождения; 3) взаимосвязь с клинической симптоматикой; 4) способы (методики) оценки.

Способы оценки алкогольной анозогнозии

В отечественной наркологии к диагностике алкогольной анозогнозии применяются как клинический, так и экспериментально-психологический подход. Оба, как правило, предполагают изучение алкогольной анозогнозии с позиции концепции В.Н. Мясищева, предлагающей рассмотрение любого отношения (в том числе и к болезни) в трех смысловых ракурсах: когнитивном, эмоциональном и мотивационном.

В рамках экспериментально-психологического подхода выполнен ряд работ, где с помощью психологических методик, как наркологической направленности, так и модифицированных под эти цели методик общего назначения, изучалось отношение наркологических больных к своему заболеванию. Авторы использовали различные термины для обозначения исследуемого явления, но по существу с помощью этих методик, как правило, исследуется какой-либо из компонентов анозогнозии. Когнитивный — с помощью модифицированной методики Дембо–Рубинштейн [11], модифицированного личностного дифференциала [5], теста J. Petry [7, 19], опросника, предложенного Л.Н. Галанкиным с соавторами [3] (последние две методики оценивают скорее информированность). Эмоциональный — с помощью цветового теста отношений [9]; мотивационно-поведенческий — с помощью теста терапевтических установок Ю.В. Валентика [1], методики экспресс-оценки установки на трезвость при алкоголизме [4]. Несколько исследований выполнены с использованием теста «тип отношения к болезни» [6, 8], позволяющего оценить личностные (т.е. эмоционально-поведенческие) реакции на наркологическое заболевание.

Привлечение наркологами для оценки отношения к наркологическому заболеванию общеизвестных методик, первично при их разработке не ориентированных на эти задачи, позволяет говорить лишь о получении косвенной оценки анозогнозии. Использование набора тестов, состоящего из оригинальных наркологических методик с направленностью на все компоненты анозогнозии, приведет к определенным сложностям – пациенты в силу своего состояния и недостатка мотивации могут испытывать затруднения при заполнении большой совокупности тестов.

По данным иностранной литературы к настоящему времени разработаны различные психологические методики, измеряющие отношение больного к своему психическому заболеванию. Это опросник «Инсайт и отношение к лечению» (Insight and Treatment Attitudes Questionnaire) [17], шкала для оценки отсутствия осознания психического расстройства (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) [13], опросник для оценки инсайта (Schedule for the Assessment of Insight) [16] и другие. Однако для оценки отношения больного к своему алкогольному заболеванию обнаружен только один тест — шкала для оценки инсайта при алкоголизме (Hanil Alcohol Insight Scale) [18]. Сообщение носит предварительный характер и не имеет данных о стандартизации

Авторы всех перечисленных методик опираются на концепцию A.S. David [5], которая подразумевает, что отношение больного к психическому заболеванию включает: 1) способность оценивать некоторые свои психические симптомы как патологические, 2) признание пациентом, что он страдает психическим расстройством в целом, 3) согласие с лечением. Эту концепцию развил X.F. Amador [13, 14], добавив необходимость понимания больным связи между изменениями социального функционирования и психическим заболеванием.

Подводя итог, следует отметить, что для отечественной и зарубежной наркологии по-прежнему остается недостаточно разработанной проблема феноменологии алкогольной анозогнозии и, соответственно, способов ее оценки. Особенно актуально стоит вопрос создания методики, позволяющей быстро получать интегративную оценку уровня алкогольной анозогнозии.

Целью настоящей работы явилось создание опросника для комплексной экспресс-оценки алкогольной анозогнозии у больных алкогольной зависимостью и выявление клинических, психологических и социальных факторов, оказывающих влияние на ее формирование.

Показания и противопоказания к применению метода

Показания: алкогольная зависимость (F10.2), вторая стадия.
Противопоказания к применению метода: нет

Описание метода

Методика оценки алкогольной анозогнозии представляет собой опросник, содержащий 46 утверждений, относящихся к семи субшкалам. Утверждения расположены в произвольном порядке.

Процедура исследования

Согласно инструкции (см. ниже), испытуемый отвечает, насколько он согласен с каждым из приведенных утверждений. Перед заполнением опросника больного информируют о целях проведения исследования. Время заполнения не ограничивается, в среднем время заполнения опросника составляет 20 – 25 минут. Исследование можно проводить одновременно с несколькими испытуемыми, при условии, что они не будут совещаться друг с другом.

**Регистрационный лист опросника
«Алкогольная анозогнозия»**

Инструкция: Просим Вас выразить свое согласие или несогласие с данными утверждениями. В опроснике не существует «правильных» или «неправильных ответов». Старайтесь отвечать искренне. Не раздумывайте долго, поскольку «плохих» или «хороших» ответов здесь не существует. Поставьте в графе, соответствующей Вашему мнению.

№		Не согласен	Не уверен	Согласен
1	Мое употребление алкоголя плохо влияет на отношения в моей семье			
2	Если я начинаю пить, мне зачастую бывает трудно остановиться			
3	У меня есть потребность в опохмелении			
4	Мои выпивки не отражаются плохо на моей работе			
5	Я скорее нуждаюсь в некотором уменьшении выпивок, чем в полном отказе от них			
6	Из-за употребления алкоголя я совершаю поступки, несовместимые с моими принципами			
7	Я считаю, что родственники и врачи преувеличивают мою зависимость от алкоголя			
8	Цель моего лечения — добиться полной трезвости			
9	Я не предвижу никаких трудностей в осуществлении своего желания бросить пить			
10	Напрасно родственники и врачи считают меня алкоголиком			

11	Не пьянство послужило основной причиной того, что я попал в больницу			
12	Мне необходимо полностью отказаться от алкоголя			
13	Я готов лечиться столько, сколько нужно, длительно контактировать с врачом, чтобы достичь трезвости			
14	У меня нет проблем из-за моего употребления алкоголя (алкоголизации, выпивок)			
15	У меня пока нет серьезных причин полностью отказываться от алкоголя			
16	Я всегда, когда хочу этого, могу контролировать дозу употребляемого алкоголя			
17	Из-за моих выпивок не страдает никто из моих родных			
18	У меня нет потребности в опохмелении			
19	Мое физическое и психическое здоровье ухудшилось из-за моего употребления алкоголя			
20	Главная причина моей госпитализации — чрезмерное употребление алкоголя			
21	Я готов изменить свой образ жизни, чтобы поддерживать свою трезвость			
22	Я признаю себя больным алкоголизмом			

23	Я не нуждаюсь в лечении по поводу алкоголизма			
24	Мое употребление алкоголя создает много проблем			
25	Сомневаюсь, что мне необходимо лечение, целью которого является полная трезвость			
26	Мое здоровье не пострадало из-за моего употребления алкоголя			
27	Я не готов изменить свой образ жизни, чтобы поддерживать трезвость			
28	У меня есть серьезные причины сохранять полную трезвость			
29	Я не признаю себя больным алкоголизмом			
30	Моя работа страдает из-за моего употребления алкоголя			
31	Пребывание в больнице поможет мне разрешить проблемы в семье и на работе, связанные с моей алкоголизацией			
32	Меня тревожит, что я попал в зависимость от алкоголя			
33	Одна из главных целей наркологического лечения – добиться, чтобы больной полностью отказался от алкоголя			
34	Алкоголизм является болезнью			
35	Я огорчен конфликтами в семье и на работе, возникшими из-за моей алкоголизации			

36	Я не доволен тем, что родные и врачи считают меня больным алкоголизмом			
37	Меня раздражает, что близкие мне люди требуют уменьшить или прекратить пьянство			
38	Зависимый от алкоголя человек не может контролировать дозу употребляемого им алкоголя			
39	Напрасно мои родные (коллеги) уговорили меня обратиться за наркологическим лечением			
40	Я недоволен тем, что меня поместили в наркологическую больницу			
41	Потребность в алкоголе на следующий день после выпивки – признак алкоголизма			
42	Я огорчен тем, что попал в зависимость от алкоголя			
43	Я не обращаю внимания на просьбы родственников прекратить пьянство			
44	Если после лечения долго не употреблять алкоголь, то после такого перерыва опять можно вернуться к умеренному употреблению алкоголя — без последствий и проблем			
45	Меня тревожат проблемы в семье и на работе, которые вызваны моей алкоголизацией			
46	Алкоголизм — это не болезнь, а скорее слабости			

Анализ данных и их интерпретация

1. За каждый ответ «согласен» на прямой вопрос начисляется три балла, за ответ «не согласен» — один балл. За каждый ответ «согласен» на обратный вопрос начисляется один балл, за ответ «не согласен» — три балла. Ответы «не уверен» как на прямые, так и на обратные вопросы оцениваются в два балла.

2. Для получения оценки по каждой из субшкал необходимо суммировать баллы, соответствующие ответам испытуемого на все утверждения, относящиеся к каждой из субшкал. Распределение утверждений на прямые и обратные и по субшкалам проводится с помощью таблицы «ключей» (табл. 1).

Таблица 1

Ключи к опроснику «Алкогольная анозогнозия»

№	Субшкалы	Номера утверждений опросника
1.	Неинформированность (НИ)	33*, 34*, 38*, 41*, 44, 46
2.	Непризнание симптомов заболевания (НС)	2*, 3*, 16, 18
3.	Непризнание заболевания (НЗ)	7, 10, 22*, 29
4.	Непризнание последствий заболевания (НПЗ)	1*, 6*, 14, 17, 19*, 24*, 26, 30*
5.	Эмоциональное неприятие заболевания (ЭНЗ)	32*, 35*, 36, 37, 40, 42, 45*
6.	Несогласие с лечением (НЛ)	11, 20*, 23*, 31*, 39
7.	Неприятие трезвости (НТ)	5, 8*, 9, 12*, 13*, 15, 21*, 25, 27, 28*, 43

* Обратные вопросы

3. На данном этапе анализа проводится перевод «сырых» баллов каждой субшкалы опросника в шкальные. Для этих целей применяется специальная таблица (табл. 2), указывающая диапазоны первичных оценок, которые соответствуют низкому (-2), пониженному (-1), среднему (0), повышенному (1), высокому (2) уровням алкогольной анозогнозии. В частности, для каждой из субшкал удалось выделить следующие уровни выраженности анозогнозии.

Для субшкал № 1 «Неинформированность» и № 2 «Непризнание симптомов заболевания» шкальная оценка «0» соответствуют среднему уровню, «1» — повышенному, «2» — высокому уровню анозогнозии.

Для субшкалы № 3 «Непризнание заболевания» шкальная оценка «-1» соответствует отсутствию анозогнозии, шкальная оценка «0» — среднему уровню анозогнозии.

Для субшкал № 4 «Непризнание последствий заболевания» и № 5 «Эмоциональное неприятие заболевания» шкальная оценка «-1» соответствует отсутствию анозогнозии, шкальная оценка «0» — среднему уровню, «1» —повышенному, «2» — высокому уровню анозогнозии.

Для субшкалы № 6 «Несогласие с лечением» шкальная оценка «0» соответствует среднему уровню выраженности анозогнозии, «1» — повышенному уровню, «2» — высокому уровню.

Для субшкалы № 7 «Непринятие трезвости» шкальная оценка «-2» соответствует отсутствию или низкому уровню анозогнозии, «-1» — пониженному, «0» — среднему, «1» — повышенному, «2» — высокому уровню анозогнозии.

Таблица 2

Перевод сырых баллов опросника
«Алкогольная анозогнозия» в шкальные баллы

Шкальные баллы	Сырые баллы						
	Субшкалы опросника						
	1 (НИ)	2 (НС)	3 (НЗ)	4 (НПЗ)	5 (ЭНЗ)	6 (НЛ)	7 (НТ)
-2							11-12
-1			4	9	7		13
0	6-11	4-6	5-12	10-17	8-12	5-8	14-22
1	12-14	7		18-21	13-16	9-11	23-28
2	15-18	8-12		22-27	18-21	12-15	29-33

**Интерпретация оценок диагностических субшкал
опросника «Алкогольная анозогнозия»**

Основываясь на концепции отношений В.Н. Мясищева и представлениях X.F. Amador и A.S. David о структуре отношения больного к психическому заболеванию, мы выделили следующие субшкалы:

1) «Неинформированность» (НИ) — может варьировать от полного отсутствия знаний у больного о медицинских критериях алкогольной зависимости, сопровождающегося наличием разно-

образных заблуждений относительно причин возникновения алкоголизма и способов его лечения, до информированности о медицинской модели алкогольной зависимости.

2) «Непризнание *симптомов заболевания*» (НС) — непризнание двух основных симптомов алкогольной зависимости: утраты контроля за потреблением алкоголя и наличия алкогольной абстиненции. Может быть выраженным, когда больной с уверенностью отрицает наличие абстинентных расстройств и утрату количественного контроля; невыраженным (отсутствующим) — когда пациент признает существование симптомов заболевания; промежуточным — в случае неуверенности в наличии данных признаков.

3) «Непризнание *заболевания*» (НЗ) — может колебаться от полного отрицания существования алкогольной зависимости больным до безоговорочного принятия факта заболевания. Промежуточный вариант регистрируется в случае признания себя больным в порядке уступок врачу, окружающим.

4) «Непризнание *последствий* заболевания» (НПЗ) — может варьировать от выраженного нежелания или неспособности анализировать характер имеющихся проблем и их связи со злоупотреблением алкоголем до полного развернутого признания медицинских, психологических и социальных проблем, связанных с алкоголизацией. Промежуточный вариант фиксируется при недооценке больным существующих алкогольных проблем и/или при попытках отнести часть создаваемых алкоголизмом проблем за счет других обстоятельств.

5) «Эмоциональное *непринятие* заболевания» (ЭНЗ) — может встречаться в следующих вариантах: выраженное ЭНЗ, в случае безразличия или возмущения по отношению к своему наркологическому диагнозу или факту обращения за наркологической помощью; промежуточное — при наличии недостаточной эмоциональной озабоченности по поводу своего заболевания в целом или отдельных его аспектов; невыраженное (отсутствующее) — если больной выказывал адекватную эмоциональную озабоченность, обеспокоенность фактом заболевания и его последствиями.

6) «*Несогласие с лечением*» (НЛ). Выраженное НЛ наблюдается при негативном отношении к лечению, отказе от предлагаемой терапии; промежуточное — если имеется пассивное отношение к лечению; невыраженное (отсутствующее) — когда фиксировалось активное отношение к лечению.

7) «Непринятие трезвости» (НТ). Выраженное НТ — при отсутствии готовности вести трезвый образ жизни; промежуточное — в случаях высказывания необходимости трезвости, но без попыток решения связанных с этим проблем; невыраженное — если фиксировалось желание вести трезвую жизнь с пониманием сложности проблемы и готовностью ее решать.

Субшкалы №№ 1 (НИ), 2 (НС), 3 (НЗ), 4 (НПЗ) являются когнитивными; № 5 (ЭНЗ) — эмоциональной; № 6 (НЛ) и № 7 (НТ) — мотивационными.

Возможность выделения изолированных субшкал подтвердилась мнением экспертов и анализом отдельных существующих терминов, применяемых клиницистами для описания отношения больного к алкогольной зависимости («критика к болезни только в социальном аспекте», «формальная критика» — то есть без соответствующей эмоциональной реакции).

Общая характеристика критериальной группы

Работа по созданию и валидации опросника выполнена в Научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева в 2005 — 2009 годах. Обследованы 106 больных с алкогольной зависимостью (средний возраст $42,1 \pm 8,8$ года, диапазон 22 — 61 год; средний стаж зависимости $11,3 \pm 7,0$ года, диапазон 1 — 30 лет), находящихся на стационарном лечении. Среди испытуемых было 19 женщин (17,9%) и 87 мужчин (82,1%). У всех больных в соответствии с МКБ-10 была диагностирована алкогольная зависимость (F10.2) второй стадии. Запойная форма пьянства определялась у 76 больных (71,7%), 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%). Течение алкоголизма было слабо прогрессивным у 8 больных (7,5%), умеренно прогрессивным — у 72 (67,9%) и выражено прогрессивным — у 26 (24,5%). Обращение за наркологической помощью было первичным у 25 больных (23,6%), повторным — у 20 (18,9%), многократным — у 61 (57,5%) больных. Течение алкоголизма было безремиссионным у 30 (28,3%) человек, у остальных 76 человек (71,7%) отмечались ремиссии продолжительностью от 3 месяцев до 12 лет. Курсовое психотерапевтическое лечение проводилось в прошлом 30 (29%) больным. Судорожные припадки в ААС (по анамнестическим данным) случались у 10 (9%) больных, алкогольный делирий переносили 11 (10%) больных. Уровень

трудо­вой адаптации был незначи­тельно снижен у 67 (63,2%) боль­ных, значи­тельно снижен — у 26 (24,5%), у 13 (12,3%) сниже­ния не наблюдалось. Уров­ень семейной адаптации был незначи­тельно снижен у 62 (58,5%) боль­ных, значи­тельно снижен — у 31 (29,2%), состо­яние без сниже­ния наблюдалось у 13 (12,3%). Из 106 боль­ных 80 (75,5%) состо­яли в браке, у 13 из них (12,3%) суп­руг также был зави­сим от алко­голя.

Критерии включения: в исследование включались боль­ные с диагнозом: Алко­гольная зави­симость, вто­рая ста­дия забо­ле­вания (F10.2).

Критерии невключения. В исследование не включались боль­ные, у кото­рых алко­гольная зави­симость соче­талась с шизо­ф­ре­нией, маниакально-де­прессивным пси­хозом, эпи­лепсией, нар­ко­тической зави­симостью; от­казы­вающиеся от уча­стия в ис­сле­дова­нии; с выра­женными ког­ни­тивными на­руше­ниями; на­ходящиеся в пси­хотическом состо­янии или острой фазе алко­гольного аб­сти­нентного син­дрома.

Методы исследования

Для решения поставленной задачи в исследовании приме­нялись:

1. Клинический метод. Специально для обследо­вания боль­ных алко­гольной зави­симостью была раз­ра­ботана кли­ни­ческая карта, в которой регистрировались социо-демо­графические по­казатели, кли­ни­ческие особен­ности (длительность вто­рой ста­дии забо­ле­вания алко­гольной зави­симости, про­гре­диентность, уровень то­ле­рантно­сти, ко­личество пред­шес­твующих обра­щений за по­мощью, на­личие и длительность ремиссий, ха­рак­тер про­водимого в про­шлом ле­чения).

2. Экспериментально-психологический метод включал:

- визуальную аналоговую шкалу патологического влечения к алко­голю (градуированную от 0 до 10 баллов);
- визуальную аналоговую шкалу атрибуции алко­гольной за­ви­симости (градуированную от 0 до 10 баллов) — для изме­рения субъективной оценки принадлеж­ности обследо­ваемого к катего­риям, на­ходящимся в кон­ти­нууме «абсолютный трезвенник» — «алко­гользависимый»;
- Миннесотский многошкальный личностный тест (MMPI);
- Торонтскую алекситимическую шкалу (TAS) для оценки за­труднений в вербализации эмо­циональных состо­яний;
- Адаптированный вариант опросника J. Petry [19] — для опре­

деления типа «наивной» модели алкоголизма, которой придерживается респондент. Больные, как правило, имеют собственное представление о своем заболевании: происхождении зависимости, каким должно быть лечение т. д. В англоязычной литературе для этого феномена используется термин «beliefs». J. Petry предложил тест, предназначенный для оценки модели алкоголизма, имеющейся у больного. Автором выделены «моралистическая», «средовая», «индивидуальная» и «медицинская» наивные модели алкогольного заболевания. Принятие «медицинской» концепции заболевания, по мнению автора, свидетельствует о хорошей информированности по проблеме алкогольной зависимости. «Средовая» теория алкоголизма связана больше с воздействием внешних факторов. «Моралистическая» модель основывается на представлениях о том, что зависимость от алкоголя является моральным пороком, а не заболеванием. Наличие «индивидуальной» модели алкоголизма обусловлено представлениями о личной ответственности за возникновение зависимости. Тест составлен таким образом, что для каждого из 20 незаконченных предложений предлагается четыре варианта ответа, соотносящихся с одной из моделей заболевания.

3. Методы математической обработки. Обработка исходной информации проводилась с помощью специальных пакетов прикладных статистических программ «STATISTICA», «EXCEL». Применялись методы описательной и непараметрической статистики. Корреляционный анализ применялся с использованием рангового коэффициента корреляции Спирмена. Для проверки согласованности утверждений опросника между собой внутри каждой субшкалы применялся коэффициент *альфа* Кронбаха. Для определения нормальности распределения частот утверждений по каждой из субшкал использовался критерий Колмогорова–Смирнова. Проводилась процедура принудительной нормализации с использованием Q-приведения.

Особенности конструирования опросника

При разработке опросника были выделены утверждения больных, свидетельствующие, по мнению экспертов-наркологов, о наличии алкогольной анозогнозии. При подборе утверждений опросника был проведен содержательный анализ положений психологической методики «Шкала для оценки инсайта при алкоголизме» (Hani Alcohol Insight Scale) [17] и утверждений, относящихся к

анозогнозическому типу отношения к соматической болезни по методике «Тип отношения к болезни» [2].

Утверждения, относящиеся к субшкалам 2 (НС), 3 (НЗ), 4 (НПЗ), 5 (ЭПЗ), 6 (НЛ), 7 (НТ) опросника сформулированы в личной грамматической форме, предлагающей больному оценить наличие или отсутствие у себя различных проявлений алкогольной зависимости. Ответы на утверждения первой субшкалы (НИ) выявляли общее представление больного об алкогольной зависимости. Утверждения опросника сформулированы как в прямой, так и в обратной форме.

В процессе разработки методики особое внимание уделялось тому, чтобы утверждения: 1) не носили осуждающего характера, что может провоцировать усиление защитных тенденций при заполнении опросника; 2) касались наиболее общих, «обязательных» признаков АЗ, что позволяет применять опросник у больных с различными формами и типами течения АЗ; 3) были понятны больным и не включали необычную или профессиональную лексику.

Исследование валидности и надежности опросника

Валидность — психометрическая характеристика, представляющая собой действительную способность теста измерять тот психологический конструкт, для диагностики которого он заявлен.

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 высококвалифицированными врачами наркологами.

Внешнекритериальная валидность. Независимая экспертная оценка уровня анозогнозии проводилась двумя врачами-наркологами-экспертами у каждого испытуемого по семи субшкалам в континууме от 1 до 3 баллов (невыраженная, умеренная, выраженная). В исследование включались только те случаи, когда независимая экспертная оценка совпадала по всем субшкалам.

Установлено, что между результатами заполнения опросника и экспертными оценками по 2 (НС) и 3 (НЗ) субшкалам существует высокая корреляция; по остальным субшкалам 1 (НИ), 4 (НПЗ), 5 (ЭНЗ), 6 (НЛ), 7 (НТ) — средняя (табл. 4).

Таблица 3

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

№ субшкалы	1 (НИ)	2 (НС)	3 (НЗ)	4 (НПЗ)	5 (ЭНЗ)	6 (НЛ)	7 (НТ)
Коэффициент корреляции между результатами заполнения опросника и экспертными оценками	0,54	0,72	0,71	0,55	0,60	0,42	0,51

Коэффициент корреляции Спирмена $r < 0,001$.

Перекрестная валидность (см. раздел «Корреляции между значениями по субшкалам опросника «Алкогольная анозогнозия» и психологическими характеристиками»).

Надежность теста (исследование с помощью повторного теста). 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. Представленные данные (табл. 5) демонстрируют достаточно высокую «тест–ретест» надежность опросника «Алкогольная анозогнозия».

Таблица 4

Коэффициент надежности по показателю «тест–ретест» по субшкалам опросника «Алкогольная анозогнозия» (n = 106)

№ субшкалы	1 (НИ)	2 (НС)	3 (НЗ)	4 (НПЗ)	5 (ЭНЗ)	6 (НЛ)	7 (НТ)
Тест–ретест надежность	0,86	0,95	0,94	0,96	0,92	0,88	0,88

Коэффициент корреляции Спирмена $r < 0,001$

ИТЕМ-анализ опросника

ИТЕМ-анализ включал в себя:

1) *Исследование трудности утверждений.* Опросник «Алкогольная анозогнозия» не содержит утверждений высокой трудности. Субшкалы 2 (НС) и 3 (НЗ) не содержат утверждений низкой

трудности; все утверждения, относящиеся к ним, имеют средний уровень трудности. Все остальные субшкалы содержат в своем составе утверждения как средней, так и низкой трудности. При содержательном анализе утверждений, имеющих низкую трудность, выявлено, что, как правило, они представляют собой положения, которые формально и достаточно легко признаются больными.

Примечание. Под трудностью утверждений понимается, насколько часто утверждение принимается или отвергается респондентом. Для удобства расчета вычисляется процент согласия по каждому утверждению, при этом обратные утверждения переведены в прямые. Низкий уровень трудности предполагает, что частота согласия с утверждениями данной группы превышает 80%. Диапазон частоты согласия с утверждениями 20 — 80% соответствует среднему уровню трудности утверждений. К группе утверждений с высоким уровнем трудности относятся те, частота согласия с которыми не превышает 20%.

2) *Определение дифференцирующей силы каждого утверждения.* Были получены:

А. Статистически значимые положительные корреляционные связи между значениями каждого утверждения опросника с суммарным показателем соответствующей субшкалы. Условие выполнено для субшкал 2 (НС), 3 (НЗ), 4 (НПЗ), 5 (ЭНЗ), 6 (НТ), 7 (НТ) (табл. 3).

Только одно утверждение — № 34 — из первой субшкалы (НИ) имело нулевую корреляцию с общим значением по этой субшкале (все остальные утверждения коррелируют в диапазоне 0,44 — 0,72). Утверждение № 34 не исключено в связи с тем, что может иметь диагностическое значение при изучении других контингентов больных алкогольной зависимостью.

Б. Каждое утверждение опросника больше коррелировало с общим показателем по субшкале, в составе которой оно находится, чем с шестью другими общими показателями по остальным шести субшкалам.

3) *Изучение внутренней согласованности (альфа Кронбаха).* Внутренняя согласованность — это степень однородности состава заданий с точки зрения измеряемого психологического свойства. При этом наиболее эффективным средством измерения надежности на основе согласованности показателей является коэффициент *альфа* Кронбаха. Значения коэффициента *альфа* Кронбаха для субшкал опросника представлены в табл. 6. Полученные данные свидетельствуют о том, что внутренняя согласованность субшкал

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

Таблица 5

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

Номер субшкалы	1 (НИ)	2 (НС)	3 (НЗ)	4 (НПЗ)	5 (ЭНЗ)	6 (НЛ)	7 (НТ)
Диапазон корреляции между каждым пунктом субшкалы и общим значением по этой субшкале	(0)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

Коэффициент корреляции Спирмена $r < 0,001$.

Таблица 6

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

№ субшкалы	1 (НИ)	2 (НС)	3 (НЗ)	4 (НПЗ)	5 (ЭНЗ)	6 (НЛ)	7 (НТ)
Альфа Кронбаха	0,56	0,77	0,79	0,68	0,67	0,55	0,73

Стандартизация опросника

Для всех субшкал опросника были определены средние значения (Приложение 1). Затем 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 (см. табл. 1: Перевод сырых баллов опросника «Алкогольная анозогнозия» в шкальные).

Средние эмпирические значения субшкал опросника

- 1. Неинформированность** — 88% всех заполнивших опросник (93 испытуемых) дали ответы, находящиеся в среднем диапазоне (6 — 11 баллов). Наиболее чувствительными были утверждения № 46 «Алкоголизм — это не болезнь, а скорее слабоволие» и № 44 «Если 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% ответов были значимыми, на второе — 70% респондентов также дали анозогностический ответ и приблизительно столько же ответили «не уверен». На утверждение № 38 «Зависимый от алкоголя человек не может контролировать дозу употребляемого им алкоголя» 37% больных дали ответ «не уверен». Утверждение № 34 «Алкоголизм является болезнью» оказалось малочувствительным — 97% больных дали положительный ответ. Следовательно, в сознании больных уживаются два противоположных убеждения: почти все больные высказывают вербальное согласие с тем, что алкоголизм является болезнью, при этом 60% одновременно считают его слабоволием. На утверждение № 41 «Потребность в алкоголе на следующий день после выпивки — признак алкоголизма» 15% ответов являлись анозогностическими, 90% ответили «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.
- 2. «Непризнание симптомов».** 76% заполнивших опросник (81 испытуемый) дали ответы, находящиеся в диапазоне 4 — 6 баллов, причем у 59% (48 человек) из них общий балл равнялся четырем, что соответствовало незначимым («правильным», «неанозогностическим») ответам на все утверждения. То есть наблюдалось полное вербальное признание симптомов заболевания значительной части обследованных. Общий балл «5» достигался за счет выбора ответа «не уверен» на какое-либо из утверждений при «неанозогностических» ответах по всем остальным утверждениям. Чаще всего выбирались ответы «не уверен» по утверждениям № 2

«Если я начинаю пить, мне зачастую бывает трудно остановиться» и № 16 «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 приблизительно у 40% испытуемых о наличии у них потребности в опохмелении и уверенности у 36% больных в сохранности контроля за дозой алкоголя.

3. **«Непризнание заболевания».** Особенностью полученного результата является то, что по данной субшкале выделяются 2 уровня шкальных оценок — отсутствие или наличие анозогнозии. 36% респондентов ответили «неанозогностически» на все утверждения субшкалы. Остальные 64% испытуемых (68 человек) дали ответы, находящиеся в среднем диапазоне 5 — 12 баллов. Все утверждения данной субшкалы имели достаточно высокое диагностическое значение, более чем половина опрошенных дали значимые ответы. Таким образом, большинство алкогользависимых пациентов не признавали себя больными алкоголизмом, считали, что родственники и врачи напрасно преувеличивают зависимость от алкоголя.
4. **«Непризнание последствий заболевания».** 70% от всех заполнивших опросник (74 испытуемых) дали ответы, находящиеся в среднем диапазоне (10 — 17 баллов). Характерными особенностями данного диапазона были: вербальное признание ухудшения психического и физического здоровья из-за употребления алкоголя (утверждение № 19) у 89% респондентов, также 93% пациентов сообщали о том, что употребление алкоголя плохо влияет на отношения в семье (утверждение № 1). На сходные по смыслу утверждения № 26 «Мое здоровье не пострадало из-за моего употребления алкоголя» и № 17 «Из-за моих выпивок не страдает никто из моих родных», сформулированные в прямом виде, незначимые ответы дали 74% и 58% респондентов соответственно. Утверждения, за счет которых главным образом достигалось нарастание общего балла в среднем диапазоне: № 6 «Из-за употребления алкоголя я совершаю поступки, не совместимые с моими принципами» — 39% дали значимые ответы и 14% — ответы «не уверен»; утверждение № 4 «Мои выпивки не отражаются плохо на моей работе» — значимо

ответили 27% респондентов. Таким образом, средний уровень характеризуется формальным признанием физических, психических и семейных последствий алкоголизации при недостаточном понимании отклонений в поведении, в морально-этической и профессиональной сфере.

5. **«Эмоциональное неприятие заболевания».** 68% всех заполнивших опросник (72 испытуемых) дали ответы, находящиеся в диапазоне 8 – 12 баллов, из них не менее 80% опрошенных давали незначимые ответы на утверждения № 32 «Меня тревожит, что я попал в зависимость от алкоголя», № 35 «Я огорчен конфликтами в семье и на работе, возникшими из-за моей алкоголизации», № 42 «Я огорчен тем, что попал в зависимость от алкоголя», № 45 «Меня тревожат проблемы в семье и на работе, которые вызваны моей алкоголизацией». Бóльшую диагностическую значимость имели утверждения № 36 «Я не доволен тем, что родные и врачи считают меня больным алкоголизмом» и № 37 «Меня раздражает, что близкие мне люди требуют уменьшить или прекратить пьянство», нацеленные на выявление эмоциональной реакции недовольства (дисфории). Значимые ответы по данным утверждениям были получены в 36% и 31% случаев соответственно, ответы «не уверен» — в 29% и 31% случаев соответственно. Следовательно, больные легко соглашались с наличием у них озабоченности в связи с наркологическим заболеванием и его последствиями, но одновременно у респондентов регистрировалось недовольство в связи с признанием ближайшим окружением их алкогользависимыми и требованиями отказа от алкоголя.
6. **«Несогласие с лечением»** 86% всех заполнивших опросник (91 испытуемый) дали ответы, находящиеся в диапазоне 5 – 8 баллов, причем у 55% (50 человек) из них общий балл равнялся пяти, что соответствовало незначимым («неанозогностическим») ответам на все утверждения. То есть у большей части больных наблюдались полное вербальное согласие с необходимостью наркологического лечения и правильное понимание причин попадания в стационар. Нарастание балла главным образом происходило за счет неуверенных и значимых выборов по утверждению № 23 «Я не нуждаюсь в лечении по поводу алкоголизма», сделанных в 20% случаев, а также за счет выбора ответов «не уверен» по двум утверждениям: № 31 «Пребывание в больнице помо-

жет мне разрешить мои проблемы в семье и на работе, связанные с моей алкоголизацией» – у 34% испытуемых, и № 39 «Напрасно мои родные (близкие) уговорили меня обратиться за наркологическим лечением» — у 20% испытуемых. Таким образом, средний уровень анозогнозии по данной субшкале характеризуется сомнениями в необходимости и полезности наркологического лечения.

7. **«Непринятие трезвости».** По данной субшкале распределение ответов укладывалось в наибольшее количество шкальных оценок. 69% (73 испытуемых) всех заполнивших опросник дали ответы, находящиеся в среднем диапазоне 14 – 22. Вопросами низкой диагностической значимости являлись: № 8 «Цель моего лечения — добиться полной трезвости», № 12 «Мне необходимо полностью отказаться от алкоголя», № 21 «Я готов изменить свой образ жизни, чтобы поддерживать свою трезвость», № 28 «У меня есть серьезные причины сохранять полную трезвость», – на которые больные легко давали формальные, социально приемлемые ответы. Значимые («анозогностические») ответы были получены в 21% случаев на утверждение № 5 «Я скорее нуждаюсь в некотором уменьшении выпивок, чем в полном отказе от них», в 41% — на утверждение № 13 «Я готов лечиться столько, сколько нужно, длительно контактировать с врачом, чтобы достичь трезвости». На последнее утверждение 21% респондентов ответили «не уверен». На утверждение № 25 «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 значимый выбор — «согласен». Наибольшее диагностическое значение имело утверждение № 9 «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 больных скорее носят формальный характер и пациенты недооценивают сложность поддержания трезвости и не готовы к длительной работе над этой задачей.

Данные экспериментально-психологического обследования больных

По данным визуальной аналоговой шкалы ПВА, 92 (86,8%) больных алкогольной зависимостью не отмечали у себя влечение к алкоголю, 14 (13,2%) регистрировали влечение в диапазоне от 1 до 7 баллов (среднее значение равнялось $2,5 \pm 1,7$ балла). 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 исследовании уровня алекситимии выявлено, что среднее значение по шкале TAS равняется $66,9 \pm 9,4$ балла и находится в диапазоне между показателем «алекситимичности» (74 балла и более) и «неалекситимичности» у пациентов (62 балла и менее). То есть у обследованных выраженность алекситимии находится в промежуточном диапазоне.

При изучении субъективной модели алкоголизма с использованием опросника J. Petru выявлено, что в профиле «наивных моделей» у респондентов доминируют представления об алкогольной зависимости как о болезни (среднее значение $6,4 \pm 2,7$), меньше представлены «индивидуальная» ($5,2 \pm 2,2$), «моралистическая» ($4,9 \pm 2,1$) и «средовая» ($3,4 \pm 2,1$) модели.

Исследование по методике ММРІ показало повышение усредненного профиля по всем шкалам (Приложение 2). Большинство показателей находится в интервале выше 60 баллов. Отмечаются высокие оценки по шкалам «психопатические проявления», «шизоидные особенности личности», «склонность к пониженному настроению» и «психастенические особенности личности». Высокая оценка по шкале «психопатические проявления» у пациентов с алкогольной зависимостью свидетельствует об их социальной дезадаптации, конфликтности, пренебрежении социальными нормами и ценностями. Повышенное значение шкалы «шизоидные особенности личности» говорит о наличии у обследованных слабого эмоционального ответа на события окружающей действительности и их отчужденности в межличностных отношениях. Высокие показатели по шкалам «психастенические особенности личности», «склонность к пониженному настроению» являются характерными для постабстинентного состояния, в котором были обследованы пациенты.

Корреляционный анализ

Данные корреляционного анализа между значениями опросника «Алкогольная анозогнозия» и клиническими характеристиками

При проведении корреляционного анализа клинических характеристик больных с алкогольной зависимостью и показателей опросника «Алкогольная анозогнозия» (Приложение 3) выявлены следующие положительные корреляции:

- «Неинформированность», «Непризнание симптомов заболевания», «Непризнание заболевания», «Непризнание последствий заболевания» — с состоянием рецидива после длительной (более 12 месяцев) ремиссии. Это свидетельствует о том, что нахождение в состоянии ремиссии, которое характеризуется ослаблением биологических и социальных последствий алкоголизма, закономерно сопровождается уменьшением критичности к этим его проявлениям.
- «Непризнание симптомов заболевания» — с количеством дней трезвости, предшествующих обследованию, то есть по мере улучшения самочувствия больные начинают отрицать наличие симптомов алкогольной зависимости.
- «Непринятие трезвости» — с постоянной формой алкоголизации. Пациенты с данным типом потребления алкоголя менее ориентированы на трезвость.
- «Эмоциональное непринятие заболевания» — с уровнем толерантности к алкоголю. С ростом толерантности к алкоголю отмечается большее безразличие к своему состоянию. Регистрировались следующие отрицательные корреляции:
- «Непризнание симптомов заболевания», «Непризнание последствий заболевания» — с длительностью второй стадии алкогольной зависимости. По мере течения заболевания больные начинают лучше признавать симптомы зависимости и последствия алкоголизации.
- «Непризнание последствий заболевания» — с наличием алкогольных психозов в анамнезе. Перенесенные психозы способствуют признанию последствий алкогольной зависимости.
- Все субшкалы опросника (кроме шкалы «Несогласие с лечением») — с проводимой в прошлом психотерапией. Психотерапия максимально способствует принятию заболевания на эмоциональном уровне, а также снижению показателей по субшкалам

«Неинформированность», «Непризнание заболевания», «Непризнание последствий», «Непризнание симптомов заболевания» и «Непринятием трезвости». Отсутствие корреляции с субшкалой *«Несогласие с лечением»* может быть обусловлено тем, что проводимая в прошлом психотерапия мало влияет на отношение к настоящей госпитализации, отношение к которой, по-видимому, определяется другими факторами.

- Количество предшествующих обращений за помощью — с *«Непризнанием заболевания»*. Многократность обращения за помощью способствует большему признанию алкогольной зависимости.

***Данные корреляционного анализа
между значениями по субшкалам опросника
«Алкогольная анозогнозия»
и социально-демографическими характеристиками***

При исследовании социально-демографических характеристик и показателей опросника «Алкогольная анозогнозия» выявлены положительные корреляционные связи между *«Непризнанием заболевания»* и наличием алкогользависимого супруга/супруги. Алкогольный брак препятствует осознанию алкогольной зависимости. Отрицательные корреляции наблюдаются между *«Неинформированностью», «Эмоциональным неприятием заболевания», «Непринятием трезвости»* и уровнем трудовой адаптации больных — чем выше уровень трудовой адаптации, тем ниже данные показатели (Приложение 4).

***Данные корреляционного анализа
между значениями по субшкалам опросника
«Алкогольная анозогнозия» и
психологическими характеристиками***

С визуальной аналоговой шкалой атрибуции алкогольного заболевания отрицательно коррелируют все субшкалы опросника «Алкогольная анозогнозия», кроме субшкалы *«Неинформированность»*. Чем менее выражен показатель по визуальной аналоговой шкале атрибуции, тем выше значения алкогольной анозогнозии по ним, что в свою очередь свидетельствует о перекрестной валидности опросника.

Принятие модели алкоголизма «как болезни» по опроснику J. Petru отрицательно коррелирует с таким субшкалами опросника «Алкогольная анозогнозия», как *«Неинформированность», «Непри-*

нятия заболевания», «Эмоциональное неприятие заболевания», «Не-согласие с лечением», «Неприятие трезвости». «Индивидуальная» и «средовая» концепция алкоголизма положительно коррелируют с уровнями алкогольной анозогнозии, что свидетельствует о перекрестной валидности опросника «Алкогольная анозогнозия».

Найдены положительные корреляционные связи между значениями Торонтской алекситимической шкалы и показателем неинформированности по опроснику «Алкогольная анозогнозия». Это указывает на то, что у больных алкоголизмом с выраженными алекситимическими особенностями не только существуют трудности с распознаванием и вербализацией эмоциональных состояний, но и отсутствует внутренняя необходимость анализировать свои дискомфортные состояния, связывать их с внешними причинами, в результате чего у них не происходит селекции значимой информации, в том числе относящейся к алкогольной зависимости (Приложение 5).

При изучении корреляций между показателями субшкал опросника «Алкогольная Анозогнозия» и базисных шкал ММРІ выявлены отрицательные связи между: 1) «Непризнанием симптомов заболевания» и шкалами «Психастенические особенности личности», «Шизоидные особенности личности»: данные личностные черты связаны с большей критичностью к алкогольной зависимости; 2) «Непризнанием последствий заболевания» и шкалой «Склонности к пониженному настроению», что соответствует клиническим данным, по которым наличие депрессивных личностных черт способствует большей критичности к наркологическому заболеванию; 3) «Непризнанием последствий заболевания», «Эмоциональным неприятием заболевания» и шкалой «Истерические особенности личности»: полученный результат может быть связан с тем, что лица с истерическими личностными чертами могут больше демонстрировать, подчеркивать, акцентировать наличие у себя нарушений (Приложение 6).

Заключение

Впервые для наркологической практики предлагается стандартизированный опросник «Алкогольная анозогнозия», который основан на представлении об алкогольной анозогнозии как о сложном образовании, включающем в себя когнитивный, эмоциональный и мотивационный компонент. Опросник позволяет получать комплексную оценку уровня алкогольной анозогнозии по отдельным ее компонентам, которыми являются неинформиро-

ванность, непризнание симптомов заболевания, непризнание заболевания в целом, непризнание последствий заболевания, эмоциональное неприятие заболевания, несогласие с лечением, неприятие трезвости. В проведенном исследовании доказаны валидность и надежность опросника «Алкогольная анозогнозия».

В результате проведенного исследования были получены средние эмпирические значения субшкал опросника. Показано, что «Алкогольная анозогнозия» является сложным многомерным феноменом с амбивалентными чертами. По субшкале «*Неинформированность*» больше двух третей всех заполнивших опросник дали ответы, в которых доминируют представления о том, что алкоголизм не является заболеванием и при его наличии существует возможность контролированно употреблять алкоголь. У подавляющего большинства пациентов (76%) по субшкале «*Непризнание симптомов заболевания*» наблюдается полное или частичное вербальное признание симптомов заболевания. По субшкале «*Непризнание заболевания*» более половины алкогользависимых не признают себя больными, считая, что родственники и врачи напрасно преувеличивают их зависимость от алкоголя. Средний уровень анозогнозии по субшкале «*Непризнание последствий заболевания*» характеризуется формальным признанием физических, психических и семейных последствий алкоголизации при недостаточном понимании отклонений в собственном поведении и изменений в морально-этической, а также в профессиональной сфере. Показатели субшкалы «*Эмоциональное неприятие заболевания*» указывают на то, что больные декларируют озабоченность по поводу наличия зависимости и ее последствий, но одновременно при этом у респондентов регистрируется недовольство, связанное с признанием ближайшим окружением их алкогользависимыми и необходимостью отказа от алкоголя. Средний уровень анозогнозии по субшкале «*Несогласие с лечением*» характеризуется сомнениями в необходимости и полезности наркологического лечения у одной трети пациентов. При этом у большей части больных наблюдаются полное вербальное согласие с необходимостью наркологического лечения и правильное понимание причин попадания в стационар. Субшкала «*Неприятие трезвости*» обладает наибольшей диагностической широтой, по ней в среднем диапазоне у пациентов выявляется склонность соглашаться с целями лечения и необходимостью отказа от употребления алкоголя. Однако более детальный анализ такого отношения с помощью вопросов, характеризующих устойчивость и определенность деклари-

руемых больными решений, показал, что ответы носят больше формальный характер, а респонденты недооценивают сложность поддержания трезвости и не готовы к длительной работе над этой задачей.

На уровень отдельных компонентов алкогольной анозогнозии оказывает влияние ряд клинических и психосоциальных факторов. В случае рецидива алкоголизации после длительной ремиссии увеличиваются показатели по субшкалам «Неинформированность», «Непризнание симптомов» «Непризнание заболевания в целом», «Непризнание последствий алкоголизма». Снижение трудовой адаптации сопровождается повышением значений по субшкалам «Неинформированность», «Эмоциональное неприятие заболевания» «Неприятие трезвости». Практически все значения анозогнозии отрицательно коррелируют с субъективной оценкой принадлежности обследуемого к категории «алкогользависимых», а это в свою очередь свидетельствует о перекрестной валидности опросника. Рост уровня алекситимии больного приводит к увеличению «Неинформированности». Многократные обращения за наркологической помощью, психастенические и шизоидные особенности личности уменьшают выраженность «Непризнания симптомов». Наличие алкогользависимого супруга увеличивает «Непризнание заболевания». Алкогольные психозы в анамнезе, истероидные и депрессивные особенности личности, большой стаж зависимости снижают «Непризнание последствий заболевания». Высокий уровень толерантности связан с ростом «Эмоционального неприятия заболевания». При постоянной форме пьянства более выражено «Неприятие трезвости». Следует отметить, что проводимая психотерапия снижает все перечисленные выше компоненты алкогольной анозогнозии.

Литература

1. Валентик Ю.В., Курышев В.Н., Осипова Н.Р. Тест для оценки терапевтических установок у больных алкоголизмом. // Вопросы наркологии. — 1993. — №1. — С.32 — 36.
2. Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. — СПб.2005.-31с.
3. Галанкин Л.Н., Мурина С.В., Ситников И.В. Психологическое тестирование алкогольной анозогнозии. //Актуальные вопросы клинической и судебной психиатрии. — СПб.,2001.— С. 249 — 254.
4. Грабова М.И. Методика экспресс-оценки установки на трезвость при алкоголизме. // Журнал прикладной психологии. - 2001. — №2. — С. 18 — 22
5. Громыко Д.И. Способы преодоления трудностей привлечения злоупотребляющих алкоголем к трезвому образу жизни. // Личность, образование и общество в России 21 века.// Межвузовский сборник научных трудов. — СПб.,2001. — Вып.4. — С. 298 — 301.
6. Гузиков Б.М., Соболева Л.Ф., Зобнев В.М., Старкова Е.Н., Пименова Л.В. Сравнительное исследование типов отношения к болезни у наркологических больных России и Венгрии. //К 100-летию кафедры психиатрии и наркологии СПбГМУ им. И.П. Павлова.— СПб., — 2000. — С. 96 — 98.
7. Ключкова Л.В. Клинико-психологические особенности самосознания больных алкоголизмом. //Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. — 1994 — №2. — С. 144 — 145.
8. Клубова Е.Б. Клинические и экспериментально-психологические сопоставления анозогностических реакций на болезнь у больных алкоголизмом. // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. — Л., — 1990. — С.85 — 88.
9. Крупицкий Е.М., Гриненко А.Я. Стабилизация ремиссии при алкоголизме. СПб: Гиппократ, 1996. — 96 с.
10. Новиков О.В., Шакирзянов Г.З. Новая клиническая концепция алкоголизма // <http://www.shakirzyanov.ru/books/teoria/000ter.htm>
11. Соболева Л.Ф., Кошкина Е.А., Широкова М.С. Особенности мотивации антиалкогольного лечения у пациентов нарко-

- логических стационаров Москвы и Будапешта. // Вопросы наркологии. — 1995. — №1. — С. 73 — 78.
12. Чирко В.В., Демина М.В. Очерки клинической наркологии. Москва: Медпрактика — М, 2002. — 338 с.
 13. Amador XF, Strauss DH, Yale SC, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM Assessment of insight in psychosis. // *Am J Psychiatry*. — 1993. — Vol.150. — P. 873 — 879.
 14. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. // *Schizophr Bull*. — 1991. — Vol.17. — P. 113 — 132.
 15. David, A.S. Insight and psychosis. // *Br. J. Psychiatry*. — 1990. — Vol. 156. — P. 798 — 808.
 16. David A.S., Buchanan A., Reed A., Almeida O. The assessment of insight in psychosis. // *Br. J. Psychiatry*. — 1992. — Vol. 161. — P. 599 — 602.
 17. McEvoy J.F., Apperson L.J., Appelbaum P.J. et al. Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. // *J.Nerv.Ment.Dis*. — 1989 — Vol. 177, №1. — P. 43 — 47.
 18. Kim J.S., Kim G.J., Lee J.M., Lee C.S., Oh J.K. HAIS (Hanil Alcohol Insight Scale): validation of an insight-evaluation instrument for practical use in alcoholism. // *J Stud Alcohol*. — 1998. — Vol. 59, №1. — P 52 — 56.
 19. Petry J. Alkoholismus therapie: Vom Einstellungswandel zur Kognitiven Therapie. — Munchen, 1985 — 156 s.

Приложения

Приложение 1

Средние значения сырых баллов по опроснику
«Алкогольная анозогнозия» (n = 106)

	1 (НИ)	2 (НС)	3 (НЗ)	4 (НПЗ)	5 (ЭНЗ)	6 (НЛ)	7 (НТ)
Среднее значение ± среднее квадратичное отклонение	8,6± 2,2	5,7± 2,2	6,3± 2,4	13,2± 3,6	9,8± 2,7	7,9± 1,5	17,1± 4,0

Приложение 2

Средние значения по шкалам ММРП (n = 50)

ММРП	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	66,1± 11,4	71,0± 15,2	60,8± 11,2	72,4± 11,2	59,4± 9,9	65,2± 10,9	70,1± 11,6	71,7± 14,3	69,9± 11,4	59,1± 7,4
ММРП	L			F			K			
	46,5 ± 9,6			67,0 ± 14,0			49,3 ± 9,5			

Приложение 3

Корреляции между значениями по субшкалам
опросника «Алкогольная анозогнозия»
и клиническими характеристиками (n = 106)

	1 (НИ)	2 (НС)	3 (НЗ)	4 (НПЗ)	5 (ЭНЗ)	6 (НЛ)	7 (НТ)
Рецидив после ремиссии, продолжавшейся более 12 месяцев	0,22*	0,22*	0,26*	0,21*	0	0	0
Количество дней трезвости	0	0,27*	0	0	0	0	0
Длительность 2-й стадии	0	-0,23*	0	-0,19**	0	0	0
Прогрессивность	0	0	0	0	0	0	0

Форма пьянства	0	0	0	0	0	0	0,23**
Толерантность	0	0	0	0	0,20*	0	0
Алкогольные психозы в анамнезе	0	0	0	-0,20*	0	0	0
Судорожные припадки в ААС в анамнезе	0	0	0	0	0	0	0
Психотерапия в анамнезе	-0,34**	-0,19*	-0,37**	-0,30**	-0,46**	0	-0,29**
Незначительное когнитивное снижение	0	0	0	0	0	0	0
Количество предшествующих обращений за помощью	0	-0,19	0	0	0	0	0
Характер лечения до данного обращения	0	0	0	0	0	0	0
Наличие ремиссии	0	0	0	0	0	0	0
Максимальная длительность ремиссии	0	0	0	0	0	0	0
Соотношение суммарная длительность ремиссий/длительность 2-й стадии	0	0	0	0	0	0	0
Отношение к предыдущему лечению	0	0	0	0	0	0	0

Коэффициент корреляции Спирмена: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Приложение 4

Корреляции между значениями по субшкалам
опросника «Алкогольная анозогнозия» и
социально-демографическими
характеристиками (n = 106)

	1 (НИ)	2 (НС)	3 (НЗ)	4 (НПЗ)	5 (ЭНЗ)	6 (НЛ)	7 (НТ)
Наличие алкогольной зависимости хотя бы у одного из родителей	0	0	0	0	0	0	0
Наркологиче- ское лечение родителей	0	0	0	0	0	0	0
Наличие родственни- ков первой степени родства, страдающих алкогольной зависимо- стью	0	0	0	0	0	0	0
Образование	0	0	0	0	0	0	0
Уровень дохода	0	0	0	0	0	0	0
Уровень трудовой адаптации	-0,25*	0	0	0	-0,27**	0	-0,20*
Уровень семейной адаптации	0	0	0	0	0	0	0
Алкогольный брак	0	0	0,28*	0	0	0	0
Возраст	0	0	0	0	0	0	0

Коэффициент корреляции Спирмена: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Приложение 5

Корреляции между значениями по субшкалам
опросника «Алкогольная анозогнозия» и
психологическими характеристиками (n = 106)

	1 (НИ)	2 (НС)	3 (НЗ)	4 (НПЗ)	5 (ЭНЗ)	6 (НЛ)	7 (НТ)
ВАШПВА	0	0	0	0	0	0	0
ВАШААЗ	0	-0,37**	-0,49**	-0,41**	-0,40**	-0,27**	-0,21*
J. Petry: болезнь	-0,29**	0	-0,33**	0	-0,38**	-0,26**	-0,27*
J. Petry: средовая модель	0,35*	0	0,23*	0,27**	0,34*	0	0,35*
J. Petry: индиви- дуальная модель	0,28*	0	0,29*	0	0,31*	0,27*	0
J. Petry: морали- стическая модель	0	0	0	0	0	0	0
TAS	0,20*	0	0	0	0	0	0

Коэффициент корреляции Спирмена: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Приложение 6

Корреляции между значениями по субшкалам
опросника «Алкогольная анозогнозия»
и шкалами ММРІ (n = 50)

	1(НИ)	2(НС)	3(НЗ)	4(НПЗ)	5(ЭНЗ)	6(НЛ)	7(НТ)
ММРІ-1	0	0	0	0	0	0	0
ММРІ-2	0	0	0	-0,35*	0	0	0
ММРІ-3	0	0	0	-0,43**	-0,30*	0	0
ММРІ-4	0	0	0	0	0	0	0
ММРІ-5	0	0	0	0	0	0	0
ММРІ-6	0	0	0	0	0	0	0
ММРІ-7	0	-0,40**	0	0	0	0	0
ММРІ-8	0	-0,35*	0	0	0	0	0
ММРІ-9	0	0	0	0	0	0	0
ММР-0	0	0	0	0	0	0	0
ММРІ-L	0	0	0	0	0	-0,30*	0
ММРІ-F	0	-0,29*	0	0	0	0	0
ММРІ-K	0	0	0	0	0	0	0

Коэффициент корреляции Спирмена: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Оглавление

Аннотация	2
Список сокращений	3
Введение.....	4
Способы оценки алкогольной анозогнозии.....	4
Показания и противопоказания к применению метода	6
Описание метода	6
Общая характеристика критериальной группы.....	14
Методы исследования	15
Особенности конструирования опросника.....	16
Исследование валидности и надежности опросника	17
Средние эмпирические значения субшкал опросника	21
Данные экспериментально-психологического обследования больных	25
Корреляционный анализ.....	26
Данные корреляционного анализа между значениями опросника «Алкогольной анозогнозии» и клиническими характеристиками	26
Данные корреляционного анализа между значениями по субшкалам опросника «Алкогольная анозогнозия» и социально- демографическими характеристиками	27
Данные корреляционного анализа между значениями по субшкалам опросника «Алкогольная анозогнозия» и психологическими характеристиками.....	27
Заключение.....	28
Литература.....	31
Приложения	33