

DOI 10.34883/PI.2021.12.1.002

Сайков А.Д., Скугаревский О.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Saikov A., Skugarevsky O.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Анозогнозия у лиц с алкогольной зависимостью как фактор, модулирующий проявление агрессии на фоне интоксикации алкоголем

Anosognosia in Individuals with Aggressive Behavior, with Alcohol Dependence

Резюме

В статье анализируются результаты собственных исследований феномена анозогнозии у пациентов с зависимостью от алкоголя с разным характером гетероагрессивного поведения в анамнезе. Проверялась гипотеза о том, связана ли агрессивность зависимых от алкоголя лиц с отрицанием у себя проблемы неконтролируемого приема алкоголя. При этом принимали во внимание сложную структуру анозогнозии, имеющую когнитивный, эмоциональный и мотивационный компоненты. Пришли к выводу, что как психологический феномен анозогнозия имеется у всех пациентов с синдромом зависимости от алкоголя. Однако у лиц, склонных к гетероагрессивному поведению, явно преобладает мотивационный компонент анозогнозии, что важно при планировании лечебных и реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: анозогнозия, зависимость от алкоголя, агрессивное поведение, алкогольная интоксикация.

Abstract

The article analyzes the results of our own studies of the phenomenon of anosognosia in patients with alcohol dependence with a different history of hetero-aggressive behavior. The hypothesis was tested whether the aggressiveness of alcohol-dependent individuals is associated with their denial of the problem of uncontrolled alcohol intake. At the same time, the complex structure of anosognosy, which has cognitive, emotional, and motivational components, was taken into account. We came to the conclusion that, as a psychological phenomenon, anosognosia is present in all patients with alcohol dependence syndrome. However, in individuals prone to hetero-aggressive behavior, the motivational component of anosognosia clearly prevails, which is important when planning treatment and rehabilitation measures.

Keywords: anosognosia, alcohol dependence, aggressive behavior, alcohol intoxication.

■ ВВЕДЕНИЕ

Агрессивное поведение зависимых от алкоголя лиц представляет собой общественно значимую проблему, имеющую отчетливую тенденцию к актуализации по мере экономической и социальной нестабильности. Впрочем данная тема обсуждается и активно исследуется в развитых государствах, что говорит о том, что тематика связанного с потреблением алкоголя агрессивного поведения лишь отчасти определяется социальными факторами и социально-экономическим положением общества [1]. Статистика неуклонно фиксирует рост насильственных преступлений среди зависимых от алкоголя, при этом появляются многочисленные данные об их качественном изменении в направлении снижения возраста и возрастания жестокости [2].

Механизмы развития агрессивных тенденций поведения в результате потребления алкоголя изучены недостаточно, что сказывается на пока не вполне эффективном результате коррекции и профилактики социальных последствий потребления алкоголя [3]. В частности, не совсем ясно, зависит ли агрессивность поведения от анозогнозии, особого психологического феномена, представляющего собой стойкое убеждение в отсутствии заболевания. Алкогольная анозогнозия может рассматриваться как психологический защитный механизм, результат распространенного позитивного отношения к употреблению алкоголя при негативном отношении к его последствиям [4]. Важность оценки алкогольной анозогнозии определяется необходимостью учета данного феномена при построении психотерапевтических и реабилитационных программ [5], а также тем, что уровень анозогнозии является значимым фактором в прогнозе длительности и качества ремиссии [6]. Агрессивность и анозогнозия как психологические феномены при алкогольной зависимости порознь исследовались весьма обстоятельно, однако при этом нам не встретились публикации об их сопряженной связи в рамках одного исследования.

В наших прежних исследованиях получила подтверждение гипотеза детерминации агрессивного поведения зависимых от алкоголя лиц с нейropsychологическими и личностными факторами, а также была обнаружена отчетливая связь такого поведения с особенностями семейного функционирования и характером профессиональной деятельности. В настоящем исследовании была поставлена задача – выявить зависимость агрессивного поведения от структуры анозогнозии.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление и диагностика структуры анозогнозии при агрессивном поведении зависимых от алкоголя лиц.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего было исследовано 134 пациента мужского пола с синдромом зависимости от алкоголя в Республиканском научно-практическом центре психического здоровья и Городском клиническом наркологическом диспансере города Минска, подписавших информированное согласие на участие в исследовании. В качестве предмета исследования изучалось «агрессивное поведение» лиц, зависимых от алкоголя.

Зависимость от алкоголя была установлена в соответствии с критериями МКБ-10 и структурно в группах сравнения не имела различий. Использовали судимость в качестве группирующей переменной для рубрикации агрессивного поведения, при этом из групп сравнения были исключены лица с судимостью без мотива насилия (например, совершившие экономические преступления). В основную группу методом направленного отбора были включены 57 пациентов мужского пола с документально подтвержденными эпизодами гетероагрессивного поведения в состоянии алкогольного опьянения и имевших в связи с этим судимость. Из них 33 человека – многократную судимость (подгруппа А) и 24 человека имели однократную судимость (подгруппа Б). Группа сравнения (В) состояла из 77 пациентов мужского пола с синдромом зависимости от алкоголя без подтвержденных эпизодов агрессивного поведения в анамнезе. Пациенты были сопоставимы по возрасту: возраст пациентов подгруппы А основной группы составил $34,2 \pm 6,7$ года, подгруппы Б основной группы $36,0 \pm 5,2$ года и группы сравнения $38,9 \pm 9,5$ года (Фишера $F=2,7$, $p>0,05$). Критериями исключения из исследования явились агрессивное поведение в состоянии отмены алкоголя, алкогольного психоза и аутоагрессивное поведение, коморбидность с другими психическими расстройствами и отсутствие согласия на участие в исследовании. В исследование не включались зависимые от алкоголя лица, совершившие агрессивные поступки в трезвом состоянии. На момент проведения исследования испытуемые понимали содержание и суть выполняемых ими заданий. Использовался Опросник алкогольной анозогнозии, позволяющий оценить структуру отношения пациента к своему заболеванию по следующим компонентам: 1) неинформированность (НИ), 2) непризнание отдельных симптомов заболевания (НС), 3) непризнание заболевания в целом (НЗ), 4) непризнание последствий заболевания (НПЗ), 5) эмоциональное неприятие заболевания (ЭНЗ), 6) несогласие с лечением (НЛ), 7) неприятие трезвости (НТ) [7].

Для статистической обработки данных использовали таблицы сопряженности для данных в ординальной шкале. Для оценки достоверности различий в группах сравнения использовали статистику χ^2 . Для оценки меры связанности между переменными в форме инверсий оценивали тс Кендалла. (Не)соответствия данных в ординальных шкалах, или нарушения порядка, называемые инверсиями, принимали значения от -1 до $+1$. Полное соответствие данных в ординальной шкале (количество инверсий = 0) тс Кендалла соответствовало $+1$ или -1 в зависимости от прямой (+) или (–) обратной связи между переменными. При тс Кендалла $<0,5$ считали, что изменения независимой переменной (количество судимостей) приводили к незначительным изменениям зависимой переменной (вид анозогнозии). Значения тс Кендалла от $0,5$ до $0,8$ соответствовали умеренно выраженной зависимости и $>0,8$ были сильной мерой связанности для сравниваемых переменных.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Для субшкалы № 1 «Неинформированность» шкальная оценка «0» соответствует среднему уровню, «1» – повышенному, «2» – высокому уровню анозогнозии. «Неинформированность» (НИ) в группах сравнения варьировала от полного отсутствия знаний у больного о

медицинских критериях алкогольной зависимости, сопровождающегося наличием разнообразных заблуждений относительно причин возникновения алкоголизма и способов его лечения, до информированности о медицинской модели алкогольной зависимости. Во всех группах доминировали представления о том, что алкоголизм не является заболеванием и существует возможность контролируемо употреблять алкоголь. Различия по данному критерию оказались достоверными ($\chi^2=42,0$, $p<0,001$), что позволяет утверждать факт соответствия количества судимостей неинформированности пациентов о болезни. Однако значение тс Кендалла = $-0,39$, $p<0,001$, не позволяло оценить неинформированность как очевидный и абсолютно характерный признак группы пациентов с многократными судимостями.

Для субшкалы № 2 «Непризнание симптомов заболевания» (НС) шкальная оценка «0» соответствует среднему уровню, «1» – повышенному, «2» – высокому уровню анозогнозии. НС – это непризнание двух основных симптомов алкогольной зависимости: утраты контроля за потреблением алкоголя и наличия алкогольной абстиненции. Может быть выраженным, когда пациент 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. Различия по данному критерию оказались достоверными ($\chi^2=36,0$, $p<0,001$), что позволяет утверждать факт соответствия количества судимостей непризнанию симптомов заболевания. Однако значение тс Кендалла = $-0,41$, $p<0,001$, не позволяло оценить данный вид анозогнозии как очевидный и абсолютно характерный признак группы пациентов с многократными судимостями.

Для субшкалы № 3 «Непризнание заболевания» (НЗ) оценки варьируют от полного отрицания существования алкогольной зависимости пациентом до безоговорочного принятия факта заболевания. Промежуточный вариант регистрируется в случае признания себя больным в порядке уступок врачу и окружающим. По данной субшкале выделяются два уровня шкальных оценок – отсутствие или наличие анозогнозии. Для субшкалы № 3 «Непризнание заболевания» шкальная оценка «-1» соответствует отсутствию анозогнозии, шкальная оценка «0» – среднему уровню анозогнозии. Различия по данному критерию оказались достоверными ($\chi^2=26,0$, $p<0,001$), что позволяет утверждать факт соответствия количества судимостей непризнанию себя больными алкоголизмом и что родственники и врачи напрасно преувеличивают зависимость от алкоголя. Значение тс Кендалла = $-0,61$, $p<0,001$, позволяло оценить данный вид анозогнозии как относительно характерный признак группы пациентов с многократными судимостями.

Для субшкалы № 4 «Непризнание последствий заболевания» (НПЗ) оценки варьировали 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 фиксировался при недооценке пациентом существующих алкогольных проблем и/или при попытках отнестись к создаваемым алкоголизмом проблемам за счет других обстоятельств. Для

субшкалы № 4 «Непризнание последствий заболевания» шкальная оценка «-1» соответствует отсутствию анозогнозии, шкальная оценка «0» – среднему уровню, «1» – повышенному, «2» – высокому уровню анозогнозии. Различия по данному критерию оказались достоверными ($\chi^2=36,0$, $p<0,001$), что позволяет утверждать факт соответствия количества судимостей непризнанию последствий заболевания. Значение тс Кендалла = $-0,72$, $p<0,001$, позволяло оценить данный вид анозогнозии как относительно характерный признак группы пациентов с многократными судимостями.

Для субшкалы № 5 «Эмоциональное неприятие заболевания» (ЭНЗ) данный признак встречался 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 пациент выказывал адекватную эмоциональную озабоченность, обеспокоенность фактом заболевания и его последствиями. Для субшкалы № 5 «Эмоциональное неприятие заболевания» шкальная оценка «-1» соответствует отсутствию анозогнозии, шкальная оценка «0» – среднему уровню, «1» – повышенному, «2» – высокому уровню анозогнозии. Различия по данному критерию оказались достоверными ($\chi^2=19,0$, $p<0,001$), что позволяет утверждать: факт соответствия количества судимостей отражается на эмоциональном неприятии заболевания. Значение тс Кендалла = $-0,64$, $p<0,001$, позволяло оценить данный вид анозогнозии как относительно характерный признак группы пациентов с многократными судимостями.

Для субшкалы № 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. Для субшкалы № 6 «Несогласие с лечением» шкальная оценка «0» соответствует среднему уровню выраженности анозогнозии, «1» – повышенному уровню, «2» – высокому уровню. Различия по данному критерию оказались достоверными ($\chi^2=19,0$, $p<0,001$), что позволяет утверждать факт соответствия количества судимостей несогласию с лечением. Значение тс Кендалла = $-0,84$, $p<0,001$, позволяло оценить данный вид анозогнозии как характерный признак группы пациентов с многократными судимостями.

Для субшкалы № 7 «Неприятие трезвости» (НТ) выраженное НТ фиксировалось 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. Для субшкалы № 7 «Неприятие трезвости» шкальная оценка «-2» соответствует отсутствию или низкому уровню анозогнозии, «-1» – пониженному, «0» – среднему, «1» – повышенному, «2» – высокому уровню анозогнозии. Различия по данному критерию оказались достоверными ($\chi^2=39,0$, $p<0,001$), что позволяет утверждать факт соответствия количества судимостей принятию

трезвости. Значение τ с Кендалла = $-0,96$, $p < 0,001$, позволяло оценить данный вид анозогнозии как характерный признак группы пациентов с многократными судимостями.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Общая тенденция, которую удалось обнаружить, может обоснованно быть обозначена как очевидная взаимосвязь и параллелизм между всеми видами анозогнозии и агрессивным поведением зависимых от алкоголя лиц. Иначе говоря, чем более выражена агрессивность зависимых от алкоголя, тем меньше осознание ими факта наличия у них болезни, эмоционального ощущения болезни и тем меньше мотивация лечиться. Природа этого явления может быть раскрыта в дополнительных исследованиях, однако, учитывая сопоставимость групп сравнения по возрасту, длительности алкогольного анамнеза и структуре зависимости, можно предположить, что конкретно эти факторы не имеют здесь решающей роли. С опорой на наши прежние исследования можно предположить, что связь агрессивного поведения с алкогольной анозогнозией опосредована личностными и нейропсихологическими факторами [8, 9]. Если оценивать выявленную закономерность с позиции оценки размера эффекта с учетом величины τ с Кендалла, справедливо отметить наибольшую связь с агрессивным поведением мотивационных компонент анозогнозии. Эта находка представляется крайне важной для объяснения причин нежелания лечиться, принимать медицинскую помощь, отсутствия стремления к решению проблем зависимости обращением к здравоохранению лиц, зависимых от алкоголя и проявляющих в поведении отчетливую тенденцию к насилию.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Giancola P.R. (2002) Alcohol-related aggression during the college years: theories, risk factors and policy implications. *J Stud Alcohol Suppl.*, vol. 14, pp. 129–139.
2. Bevilacqua L. (2018) Conduct problems trajectories and psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 27, no 10, pp. 1239–1260.
3. Drozdov Yu. (2003) Агрессивное поведение современной молодежи в контексте социальной ситуации [Aggressive behavior of modern youth in the context of a social situation]. *Sotsiologicheskie issledovaniya*, vol.4, pp. 31–34.
4. Evlaskina N. (2012) *Psikhologicheskie faktory i formy proyavleniya agressii u podrostkov s deviantnym povedeniem* [Psychological factors and forms of aggression in adolescents with deviant behavior]. (PhD Thesis). Moscow, 27 p.
5. Igonin A. (2009) Narusheniya sotsial'nogo povedeniya bol'nykh alkogolizmom (kharakter proyavlenii, mekhanizmy formirovaniya, vozmozhnost' korrektsii) [Disorders of social behavior of patients with alcoholism (nature of manifestations, mechanisms of formation, the possibility of correction)]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*, vol. 1, pp. 77–82.
6. Walvoort S.J. (2016) Measuring illness insight in patients with alcohol-related cognitive dysfunction using the Q8 questionnaire: a validation study. *Neuropsychiatr Dis Treat*, vol. 1m, no 12, pp. 1609–1624.
7. Rybakova Yu. (2018) Metodika otsenki anozognozii u bol'nykh alkogolizmom. Metodicheskie rekomendatsiiyu [Methodology for assessing anosognosia in patients with alcoholism]. *Natsional'nyi meditsinskii issledovatel'skii tsentr psikiatrii i nevrologii im. V.M. Bekhtereva*. Available at: http://www.bekhterev.ru/upload/documents/2011_18.pdf (assessed 27 July 2020).
8. Saikov A.D., Skugarevskii O.A. (2019) Агрессивное поведение лиц, страдающих алкогольной зависимостью, в контексте структуры личности пациентов [Aggressive behavior of persons suffering from alcohol dependence in the context of the personality structure of patients]. *Psikhiatriya Psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya*, vol. 4, pp. 569–575.
9. Saikov A.D., Skugarevskii O.A. (2019) Агрессивное поведение лиц, страдающих алкогольной зависимостью, в контексте социальной интеллекта [Aggressive behavior of alcohol addicts in the context of social intelligence]. *Meditsinskie Novosti*, vol. 3, pp. 35–39.