

мышечно-суставного чувства. Провоцирующими факторами обострения являются различные перегрузки проприоцептивной системы. Так, наклоны, повороты туловища и, в особенности, резкие, неловкие движения отмечены в 1-й группе у 15,7% больных, во 2-й — у 31,6% ( $P < 0,05$ ). Другие же провоцирующие моменты, например охлаждение, были выявлены в 1-й группе у 24,2% лиц, во 2-й — лишь у 9,2% ( $P < 0,05$ ). Течение заболевания у больных 1-й группы было весьма различным. В одних случаях отмечались однократные обострения с длительными ремиссиями, в других — частые рецидивы с переходом в хроническую форму. Во 2-й группе наблюдалась большая однородность течения. У больных как с устойчивыми, так и неустойчивыми показателями асимметрии течение было хроническим с продолжительностью обострений от 2 до 6 мес. Во время относительных ремиссий больные испытывали чувство дискомфорта или легкие боли в пояснице.

В настоящее время не вызывает сомнения роль наследственной отягощенности при остеохондрозе [5 а, б]. У обследованных нами больных, по данным анамнеза о родственниках первой степени родства, частота случаев семейной отягощенности возрастала с увеличением тяжести поясничного остеохондроза. В частности, среди больных 2-й групп отягощенность по поясничному остеохондрозу была отмечена у 83,3% лиц с устойчивыми показателями асимметрии и у 50% лиц с меняющимися. В 1-й группе семейная отягощенность выявлена у 47,5% больных ( $P < 0,05$ ).

Таким образом, у больных поясничным остеохондрозом в острой стадии заболевания были получены асимметричные показатели проприоцептивной чувствительности в 17% случаев. С течением заболевания величина асимметрии менялась в сторону уменьшения. В целом у лиц с устойчивой проприоцептивной асимметрией наблюдались тяжелые формы поясничного остеохондроза, раннее начало заболевания и хроническое течение. Обострения у этих больных часто провоцировались перегрузкой системы проприоцепции — неловким или резким движением. У большинства из них была выявлена наследственная отягощенность заболевания.

Полученные данные свидетельствуют о роли врожденных и приобретенных особенностей нервной системы, в частности индивидуальных особенностей проприоцепции в развитии остеохондроза и его синдромов, что следует учитывать при профотборе, профилактике, диагностике и лечении больных остеохондрозом.

Больным, взятым на диспансерный учет, в случае хронического течения заболевания, имеющего тенденцию к сокращению ремиссий, необходимо проводить исследование проприоцепции и по показаниям включать в комплекс профилактических мероприятий специальную лечебную физкультуру.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бротман М. К. В кн.: Проблемы нейрохирургии. Киев, 1964.— 2. Дривотинов Б. В. В кн.: Актуальные вопросы невропатологии и нейрохирургии. Минск. Наука и техника, 1976.— 3. Попелянский Я. Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы. Йошкар-Ола, 1983, т. 2.— 4. Фарбер М. А. Журн. невропатол. и психиатр., 1972, 12, 1814.— 5. Шмидт И. Р. а) В кн.: Вопросы медицинской генетики. Новосибирск, 1975; б) В кн.: Медицинская генетика и наследственные болезни человека. Труды 2-го Московского мед. ин-та. М., 1976, т. 24.— 6. Яковлев А. И. Время реакции на пассивное движение (методика и применение в клинике). Автореф. канд. дисс., М., 1976.

Поступила 14.05.85.

УДК 616.89—008.441.13

## ДИНАМИКА АНОЗОГНОЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ ПОСЛЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

И. А. Классен, М. А. Шамова

*Кафедра психиатрии (зав.—проф. Д. Г. Еникеев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, Республиканский наркологический диспансер (главрач — Л. Д. Никольская) МЗ ТАССР*

Алкогольная анозогнозия — это стойкое убеждение больного в отсутствии у себя заболевания — хронического алкоголизма. Механизмы алкогольной анозогнозии обусловлены подзональной переработкой больших, с одной стороны, представлений об алкоголизме вообще и с другой — впечатлений о самом себе. Возникшее в про-

цессе пьянства патологическое влечение к алкоголю включается в структуру потребностей личности и определяет отношение больного к алкоголю. Актуализированное влечение формирует мотив деятельности, направленный на удовлетворение этой потребности. Вследствие постепенной перестройки иерархии поведенческих мотивов [2] в бессознательной сфере психики больного складывается установка [1] на употребление алкоголя, которая постепенно становится доминирующей, подчиняет себе другие виды деятельности и изменяет их. В результате такой трансформации нарушаются процессы самопознания на уровнях адекватного самовосприятия и способности к критическому самонаблюдению. Личность претерпевает регресс в социальном, морально-нравственном, личностном выражении. Сформированная установка на употребление алкоголя определяет преимущественную деятельность на уровне импульсивного поведения (первый уровень установки), в то время как высшее, опосредованное, произвольное, целенаправленное поведение (второй уровень установки) на основе активного осознания, воли, логики, мышления значительно снижено [3].

Следовательно, алкогольную анозогнозию следует рассматривать как сложное явление, складывающееся из своеобразных расстройств функции самосознания личности и прежде всего ее снижения на уровне адекватного самопознания, самооценки и самоуправления и частной, глубоко индивидуальной функции — способа психологической защиты как реакции личности на получаемую информацию о себе со стороны. Поэтому при лечении алкоголизма психотерапия направляется в первую очередь на осознание больным своего заболевания во всех особенностях его проявлений, присущих данной личности, и перспектив дальнейшей алкоголизации.

Мы обследовали 177 мужчин в возрасте от 31 до 45 лет со II стадией хронического алкоголизма. 97 больных из этого числа были лечены впервые, остальные имели в прошлом рецидивы заболевания. 8 человек перенесли острые алкогольные психозы.

Наиболее длительные ремиссии после психотерапии мы наблюдали у тех больных, которых лечили строго индивидуально с учетом личностных особенностей, клинических проявлений заболевания, социально-ценностных ориентаций. У определенного числа больных, преодолевших анозогнозию при такой психотерапии, были рецидивы заболевания. По мере восстановления социального и личностного статуса таких больных их установки на трезвость ослабевали, параллельно этому исчезал и прогноз болезни. Анализ рецидивов заболевания дал нам возможность проследить качественную сторону в динамике анозогнозии при алкоголизме. Мы выделили несколько категорий больных.

У первой категории прогноз заболевания сформировался главным образом в связи с манифестирующими неврозоподобными расстройствами, ипохондрическими и сверхценными идеями и вторичными фобиями. Такие больные жаловались на навязчивые мысли, опасения, тревожный сон, сниженное настроение, потерю интереса к жизни, повышенную раздражительность, утомляемость, снижение памяти и внимания, низкую трудоспособность. В процессе психотерапии они легко устанавливали связь между появившимися расстройствами и алкоголизмом. Тяжесть неврогической симптоматики, тревожно-мнительные черты развития личности, склонность к яркому воспроизведению в памяти картины прошлых переживаний, связанных с алкоголизмом, вместе с образным представлением возможных будущих нервно-психических расстройств надежно поддерживали трезвенническую установку.

Во второй категории были отнесены те больные, у которых наблюдались преимущественно психопатоподобные расстройства и признаки снижения личности по органическому типу. Актуальность сознания болезни у них сохранялась недолго, они быстро отходили от контактов с врачом; аффективные расстройства подавляли рациональные, вследствие чего легко актуализировалось патологическое влечение к алкоголю.

По срокам ремиссии мы выявили несколько групп больных. У больных 1-й группы с рецидивом заболевания в первые 12 мес после лечения осознание болезни носило большей частью формальный характер и не стало решающим фактором в целенаправленном и активном достижении трезвости. После этапа психотерапии вновь доминировала установка на возможность успешно реализуемого контрольного употребления. Для таких больных в психотерапевтических контактах были характерны пассивные установки на лечение, трезвеннические тенденции носили неопределенный характер. В амбулаторном периоде лечения они продолжали демонстрировать понимание своей болезни, охотно, иногда оригинально трактовали те или иные положения в психотерапии, уверяли врача, что их «не тянет к спиртному», рассказывали о том, как «успешно» испытывали себя в различных алкогольных ситуациях. Больные не предпринимали шагов по поиску избирательных контактов в среде, не были

способны предвидеть последствия своего поведения в той или иной ситуации, предрасполагающей к срыву. У них наблюдался быстрый переход к оптимистическим умонастроениям, тенденция к игнорированию мнений врача; контакты начинали носить характер нарастающего отчуждения, демонстрировали независимость и самостоятельность. Восстановление семейного и производственного статуса создавало ощущение внутренней свободы от переживаний, связанных с алкоголизацией, и сведения, полученные ими о своей болезни, теряли свою значимость. Бессознательная установка на получение от жизни положительных эмоций вытесняла из сознания больного отрицательные переживания, поддерживала несовершенные функции самоконтроля и самоанализа, вследствие чего сознание переклочалось на экстерниоризованный стереотип восприятия и ориентаций. В таких условиях любой неблагоприятный фактор среды, «стечение обстоятельств», эмоциональные расстройства приводили к рецидиву.

У больных 2-й группы ремиссия длилась свыше 12 мес. Они хорошо понимали опасность отхода от контактов с врачом. Рецидив заболевания возникал у них при длительных и чрезвычайно стрессовых состояниях, актуализировавших патологическое влечение к алкоголю. Они хорошо осознавали проявляющееся патологическое влечение к алкоголю, которое в одних случаях носило характер навязчивой склонности, в других — проявлялось в импульсивной форме. Характерная при этом борьба мотивов разрешалась тем или иным «значимым» ситуационным моментом, играющим роль «последней капли». В таких случаях рецидив затягивался на длительное время, носил злокачественный характер с выраженными депрессивными и апатическими расстройствами.

У больных 3-й группы, несмотря на длительную ремиссию, отмечалось нарастающее чувство пессимизма, повышенной рефлексии, сохранялось чувство внутреннего дискомфорта и «бесперспективности существования». Расценивая имеющиеся расстройства как неблагоприятные в плане возможного рецидива, они вместе с тем испытывали чувство сожаления по поводу того, что в результате предыдущего злоупотребления алкоголем потеряли возможность «хотя бы изредка» употреблять спиртные напитки с целью «раскрепощения». Они осознавали неустойчивость своего состояния, оценивая его как психологическую зависимость от алкоголя, и вследствие этого поддерживали контакты с врачом. У больных данной группы диагностировались различные невротические расстройства, которые не укладывались в картину невроза. Сознание болезни на протяжении нескольких лет ремиссии претерпевало определенную метаморфозу. В начале ремиссии болезнь осознавалась во всех медицинских и личностно-социальных аспектах вследствие сохранения в памяти остроты отрицательных переживаний и постоянного подкрепления имеющимися расстройствами со стороны нервно-психической и соматической сфер организма. В последующем сознание болезни сужалось до понимания алкоголизма как антисоциального и безнравственного поведения. Длительная борьба мотивов на фоне субдепрессивного настроения заканчивалась «компромиссным» решением между установкой на сохранение трезвости и «пробным» приемом алкоголя. Нарушение психологического барьера запрета приводило таких больных в последующем к запойному пьянству.

У ближайшего окружения больных 4-й группы с многолетним воздержанием создавалась иллюзия полного благополучия. Если раньше семья и близкие прилагали огромные усилия для того, чтобы больной успешно достиг стойкой ремиссии, то по истечении нескольких лет воздержания они допускали возможность успешного контрольного употребления большого алкоголя при соблюдении «мер» и небольших доз. Для больных алкоголизмом подобные предположения зачастую приобретали характер неожиданного шокирующего воздействия, вызвали выраженную фрустрацию, противоречивый аффект. Под влиянием такого прессинга, не располагая возможностями рационального выбора, они склонялись к приему алкоголя. Убедившись в том, что «появилась способность» контрольного употребления, больные теряли установку на абсолютное воздержание. Следует отметить, что в первые дни рецидива заболевания больные данной группы обычно обращаются в лечебное учреждение.

Больные 5-й группы пассивно следовали трезвеннической установке до тех пор, пока не достигали социального признания. Такие лица не были склонны считать себя больными алкоголизмом. При любой случайной ситуации, конфликте в периоде наивысшей социальной адаптации у них возникал рецидив, более неожиданный для них самих, чем для их ближайшего окружения. Часть же больных, сохраняя установку на трезвость и находясь в длительной ремиссии, в конечном итоге сознательно игнорировала запрет на прием алкоголя, так как, по их мнению, отказ даже от «минимальных символических» доз мог нанести ущерб их социальному престижу.

Таким образом, при анализе рецидивов заболевания прослежена определенная

динамика анозогнозии у больных алкоголизмом в зависимости от сроков ремиссии, патогенетических механизмов болезни и социально-личностного статуса больного. Чем длительнее срок ремиссии, тем все более заметной становится персистирующая психологическая установка больного алкоголизмом на возможность контрольного употребления алкоголя при ослаблении системы взглядов на свое состояние как на болезнь. Невротические и неврозоподобные расстройства, выявляемые в общей картине заболевания, даже при успешном их лечении поддерживают установку на трезвость больного надежнее, чем психопатоподобные нарушения. Изменения в социальном статусе, его восстановление приводят у больных к вытеснению из сознания значимости болезни — хронического алкоголизма.

Врачам-наркологам необходимо учитывать эту динамику анозогнозии для коррекции трезвеннической установки в ремиссии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Б ж а л а в а И. Т. В кн.: Экспериментальные исследования по психологии установок. Тбилиси, 1958.— 2. Б р а т у с ь Б. С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. М., Медицина, 1974.— 3. У з н а д з е Д. И. Психологические исследования. М., 1966.

Поступила 20.06.85.

УДК 617.7—007.681—037

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ГЛАУКОМЫ С ПОМОЩЬЮ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛОГИСТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ

Г. Х. Хамитова

*Кафедра глазных болезней (зав.— проф. Н. Х. Хасанова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, кафедра глазных болезней (зав.— чл.-корр. АМН СССР, проф. А. П. Нестеров) 2-го Московского ордена Ленина медицинского института имени Н. И. Пирогова*

Открытоугольная глаукома встречается у лиц пожилого возраста. Поэтому в патогенезе заболевания, кроме местных факторов, способствующих возникновению глаукомы, немалую роль играют и общие факторы, которые не только подготавливают почву для развития заболевания, но и усугубляют его течение. Поскольку организм человека представляет собой единое целое, где все взаимосвязано, ни один из факторов риска развития глаукомы, действующий в изоляции, не способен вызвать прогрессирования процесса. Прогнозировать развитие заболевания можно лишь на основании комплексного учета взаимодействия многочисленных совместно действующих факторов.

Методом линейного дискриминантного анализа [1—3] расцениваются параметры, отчетливо дифференцирующие диагностические группы, однако он не позволяет рассчитывать риск развития болезни. Для решения этой задачи необходимо применение многовариантного анализа, включающего в себя разрешение множественной логистической функции. Такой анализ дает возможность одновременно оценить взаимосвязь между многочисленными параметрами, а также определить относительную роль каждого из них в развитии заболевания [5].

Нами были проанализированы 17 факторов риска для прогноза прогрессирования глаукомы на 42 глазах. I стадия глаукомы была выявлена на 15 глазах, II — на 16, III — на 11; IV (последняя) стадия глаукомы не рассматривалась, так как дальнейшее развитие заболевания невозможно. Средний возраст больных составил  $63,0 \pm \pm 1,2$  года. Срок наблюдения — от 6 мес до 3 лет.

Наименование факторов риска, по которым производились статистическая обработка и кодирование значений, представлено в табл. 1. Параметры факторов риска ( $x_i$ ) определяли в начале обследования. О прогрессировании заболевания судили по изменению поля зрения более чем на  $10^\circ$  при повторном обследовании. К 1-й группе были отнесены глаза (25), в которых было выявлено прогрессирование заболевания, ко 2-й (17) — со стабилизацией процесса.

Для выяснения роли каждого фактора риска в прогрессировании заболевания был применен метод многовариантного анализа, включающий в себя разрешение множественной логистической функции. Оценка каждого фактора риска выражалась в коэффициентах множественной логистической функции ( $\alpha$  и  $\beta$ ), которые использовались для вычисления риска развития заболевания у каждого больного.