

Тухватуллина Р.Ф.**, Красиков С.И.*, Лейзерман В.Г.*,
Будза В.Г.*, Карпец А.В.*, Бикаева Н.Н.**

*Оренбургская государственная медицинская академия

**Оренбургский областной клинический наркологический диспансер

КОРРЕКЦИЯ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ – ПЕРИОДИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ

Настоящее исследование было посвящено изучению влияния адаптации к периодической гипоксии на течение алкогольной болезни, связанное с влиянием на психологические изменения личности, сформировавшиеся в результате болезни. Для изучения изменений личности были проведены психодиагностические исследования по следующим методикам: личностный опросник Айзенка, методика Спилбергера-Ханина, методика личностного дифференциала (ЛД), методика К. Томаса, диагностика самоотношений (МИС). Результаты проведенных исследований показали, что психологические параметры в результате лечения изменяются. Отмечается положительное влияние на поведенческие особенности личности, что способствует пролонгированию ремиссии. В результате наблюдения за пациентами в процессе проводимого исследования наблюдается повышение уровня инициативности, адекватности эмоциональных реакций, понижение уровня конфликтности, среди стереотипов межличностного взаимодействия пациентами стали использоваться гармоничные стили общения.

В экспериментальных исследованиях на животных [1] и в исследованиях на больных алкоголизмом [2] показано, что адаптация к периодической гипоксии приводила к уменьшению выраженности патологического влечения к алкоголю, признаков синдрома и постабстинентных психических расстройств.

Вопрос о том, насколько подобное влияние адаптации к периодической гипоксии на течение алкогольной болезни связано с влиянием на психологические изменения личности, сформировавшиеся в результате болезни, до сих пор не изучался, что и послужило основанием для выполнения данной работы.

Материалы и методы

Клинико-психологическим методом было обследовано 40 больных алкоголизмом во II стадии, получивших лечение методом нормобарической гипокситерапии (в возрасте от 24 до 54 лет). 20 человек составили контрольную группу, которые прошли только дезинтоксикационную терапию. Период злоупотребления алкоголем у данных больных составлял от 4 до 21 года. Форма потребления алкоголя носила псевдозапойный характер. Длительность запоев составляла от 4 дней до 1–2 месяцев со светлыми промежутками от 1 недели до полугода, количество употребляемого алкоголя – от 400 до 1 литра в сутки. Испытуемые контрольной группы обследовались теми же методиками, что и больные, прошедшие курс нормобарической гипокситерапии. Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке.

Перед прохождением курса адаптации всем пациентам проводились необходимые обследо-

вания терапевтом, психологом, наркологом для исключения противопоказаний.

Адаптация к гипоксии осуществлялась с помощью лечебно-профилактического комплекса с гипоксикатором «Эльбрус – 3А» в нормобарическом режиме. Перед курсом нормобарической гипокситерапии всем пациентам проводили пятиминутную гипоксическую пробу путем вдыхания газовой смеси с 12% содержанием кислорода. Схемы дыхательных циклов были подобраны индивидуально. Общее время одного сеанса гипоксии составляло от 15 до 35 минут. Общее число сеансов 20–24.

Для изучения изменений личности были проведены психодиагностические исследования по следующим методикам: личностный опросник Айзенка, методика Спилбергера – Ханина, методика личностного дифференциала (ЛД), методика К. Томаса, диагностика самоотношений (МИС) [3, 4, 5, 6, 7].

Результаты исследований

По результатам исследования испытуемые пациенты были разделены на две группы. В наркологическом статусе первой группы (стойкая ремиссия) наблюдалось подавление наркологического влечения к алкоголю, полное воздержание от употребления спиртных напитков, стабилизация эмоционального фона. Во второй группе в наркологическом статусе наблюдается нестойкая ремиссия, то есть наблюдались алкогольные срывы. Однако эти пациенты отмечали полное отсутствие похмельного синдрома, что для них было раньше не характерно. В таблице №1 представлены результаты, полученные при проведении исследования по опрос-

нику Айзенка (до и после лечения методом нормобарической гипокситерапии).

Из материалов таблицы следует, что у лиц с нестойкой ремиссией наблюдается высокий уровень нейротизма, что свидетельствует о высоком уровне психической неустойчивости. Уровень экстраверсии у лиц с устойчивой ремиссией выше, чем у лиц с неустойчивой ремиссией. Полученные результаты свидетельствуют о ярко выраженной дезадаптации в группе лиц с неустойчивой ремиссией. После лечения наблюдается следующая динамика у группы с устойчивой ремиссией: понизились показатели психотизма, нейротизма. Показатели по шкале лжи понизились, что свидетельствует о повышении уровня достоверности результатов.

В контрольной группе по результатам опросника Айзенка до лечения наблюдается высокий показатель психотизма, нейротизма в большей степени, экстраверсии незначительно – относительно показателей 1 и 2 группы (стойкой и нестойкой ремиссии), что свидетельствует о неустойчивости психических процессов. После лечения по шкалам психотизма и нейротизма наблюдается снижение показателей в пределах нормы. Показатель экстраверсии повысился.

Шкала самооценки тревоги Ч.Д. Спилберга – Ю.Л. Ханина [8] использовалась нами в классическом варианте. Оценивались два параметра: показатель реактивной (ситуационной) тревоги – параметр, зависимый от многочисленных труд-

но учитываемых ситуаций, часто меняющийся, отражающий темп и силу тревожной реакции. И второй показатель – личностная тревожность, более стабильный, отражающий свойство личности. Тревожность оценивалась как низкая – до 30 баллов, умеренная - 31-45 баллов, высокая – 46 и более баллов. В таблице № 2 представлены результаты исследования по данной методике.

При анализе результатов наблюдается следующая картина: в группе с нестойкой ремиссией показатель личностной тревожности выше, чем показатель ситуативной тревожности, учитывая, что личностная тревожность – устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий спектр ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность личностная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные, связанных со специфическими ситуациями угрозы его престижу, самооценке, самоуважению.

Ситуативная, или реактивная, тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичным во времени.

Таблица 1. Результаты исследования психологических показателей по опроснику Айзенка

	Психотизм		Экстраверсия		Нейротизм		Искренность	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Стойкая ремиссия	5,2±0,04	4,45±0,03*	15,3±0	15,3±0*	11,3±0,5	7,3±0,3*	7±0,12	5,25±0,09*
Нестойкая ремиссия	5,6±0,08	4,1±0,06*	11,3±0,3	14,3±0,4*	19,4±1,3	12,85±0,8*	8,1±0,02	7,85±0,02*
Контрольная группа	7,2±0,35	12±0,6*	12±0,24	14±0,28*	21,3±0,26	20,1±0,24*	7,6±0,01	7,5±0,008*
Норма	5-12		7-15		8-16		До 10	

* – достоверные отличия (p<0,05), отличия внутри курса, до и после курса периодической гипоксии [9].

Таблица 2. Результаты исследования психологических показателей методикой Спилберга - Ханина

	Ситуативная тревожность		Личностная тревожность	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Стойкая ремиссия	40±2,92	32,7±2,39*	35±0,21	34,4±0,21*
Нестойкая ремиссия	48±4,03	39,6±3,33*	52±1,61	48,9±1,52*
Контрольная группа	53±2,49	48,3±2,27*	56±2,24	52±2,08*

* – достоверные отличия (p<0,05), отличия внутри курса, до и после курса периодической гипоксии [9].

Результаты контрольной группы до лечения показывают высокие баллы по обеим шкалам, с преобладанием шкалы личностной тревожности. Отмечается незначительное снижение уровня ситуативной тревожности в контрольной группе после прохождения дезинтоксикационного лечения. По-прежнему соотношение между ЛТ и СТ в пользу ЛТ.

В таблице №3 представлены характеристики личностного дифференциала – «оценка», «сила», «активность», которые относятся к показателям ресурсов личности и ее адаптационных возможностей до и после лечения.

Показатели оценки силы активности в пределах нормы. Показатели в сравнении с первой и второй группами (стойкой и нестойкой ремиссии) даже выше, что в целом согласуется с выраженной аномальной активностью этих больных.

После лечения больных были получены большие значения по всем характеристикам личностного дифференциала по сравнению с показателями до лечения. Речь идет, таким образом, о возможности изменения психологических параметров в результате лечения. Об этом свидетельствуют также повышение значения по факту «силы» в группе нестойкой ремиссии. Повышение значения «оценка», что свидетельствует о принятии себя как личности в целом. Повышение самоконтроля, способность соответствовать требуемой линии поведения. Что касается показателя «активность», то его различия с группой устойчивой ремиссии недостоверны, и более того, это свой-

ство у больных с нестойкой ремиссией даже выше, чем у группы с устойчивой ремиссией, что в целом согласуется с выраженной аномальной активностью у этих больных.

В контрольной группе отмечается значительное снижение показателя «силы», в меньшей степени «оценки» – то есть недостаточный самоконтроль, слабоволие.

Изучение стратегии поведения больных алкоголизмом в конфликтных ситуациях по опроснику Томаса (см. табл. №4) показало, что наибольшим выбором у больных алкоголизмом в ремиссии пользуются поведенческие паттерны с компромиссом и приспособлением, затем с избеганием и сотрудничеством, а менее всего в форме соперничества.

Больные с нестойкой ремиссией среди стереотипов межличностного взаимодействия в конфликтных ситуациях используют в большинстве дисгармоничные стили, такие как избегание и приспособление, затем сотрудничество и компромисс и ниже всего соперничество.

У испытуемых контрольной группы выявлено, что среди стереотипов межличностного взаимодействия в конфликтных ситуациях используют дисгармоничные стили: избегание, приспособление. Редко используется компромисс.

Выявлены стратегии «компромисс» (когда обе стороны общения покрывают, так как идут на взаимные уступки), «избегание» (отсутствие стремления к кооперации и усилий к достижению собственных целей общения),

Таблица 3. Результаты, полученные путем исследования методикой личностного дифференциала

Личностный дифференциал	Оценка		Сила		Активность	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Стойкая ремиссия	1,7±0,005	2±0,006*	0,87±0,0003	0,9±0,0003*	0,69±0,0006	0,6±0,0005*
Нестойкая ремиссия	0,49±0,003	1,2±0,009*	-0,43±0,004	0,4±0,003*	1,0±0,001	0,9±0,0009*
Контрольная группа	2,1±0,006	1,8±0,005*	1,2±0,005	0,8±0,003*	1,3±0,0013	1,2±0,0012*

* – достоверные отличия ($p < 0,05$), отличия внутри курса, до и после курса периодической гипоксии [9].

Таблица 4. Результаты исследования по опроснику Томаса

	Соперничество		Сотрудничество		Компромисс		Избегание		Приспособление	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Нестойкая ремиссия	2,65±0,04	4,2±0,07*	5,75±0,07	7±0,09*	5,8±0,1	7,6±0,14*	12,7±0,8	6,2±0,4*	6,95±0,1	5,4±0,08*
Стойкая ремиссия	2±0,02	3±0,03*	6,15±0,04	6,75±0,04*	5,85±0,09	6±0,09*	4,85±0,26	10,3±0,56*	11±0,6	5,2±0,3*
Контрольная группа	5±0,1	3±0,06*	5±0,05	6±0,06*	4±0,08	2±0,04*	7±0,7	8±0,08*	9±0,18	11±0,2*
Норма	4 - 5		5 - 8		5 - 7		3 - 4		3 - 4	

* – достоверные отличия ($p < 0,05$), отличия внутри курса, до и после курса периодической гипоксии [9].

«приспособление» – принесение в жертву собственных интересов ради другого. Все они являются неадаптивными ввиду возможности сохранения равновесия лишь на данный момент, в ущерб перспективным адаптивным целям взаимодействия. Найдено, таким образом, что именно эти стратегии поведения оказались для обследованных основой развития расстройств адаптации с нарушениями поведения.

В контрольной группе выявилась следующая группа: снижения показателя соперничества, повышение избегания и приспособления.

При исследовании характеристик самоотношения (см. табл. №5) найдено, что в группе больных с устойчивой ремиссией эти показатели достоверно отличаются от таковых в группе больных с неустойчивой ремиссией: выявлены меньшие значения показателей самоуверенности, отраженного самоотношения, самооценности и большие – «внутренней конфликтности» и «самоуважения», эти показатели оказались ниже, чем в группе больных с устойчивой ремиссией, а в группе шкал «самоуничужения» – выше, что также подтверждает дезадаптивное состояние личности больных.

Показатели в контрольной группе до лечения в меньшей степени соответствуют норме: в особенности по шкалам внутренней конфликтности, самопривязанности, наблюдается закрытость.

После лечения в данной группе значительных изменений не наблюдается.

После лечения – повышение открытости у обеих групп, снизились показатели самообвинения – склонность к самокопанию и самобичеванию. Самопринятие повысилось, что свидетельствует о принятии себя как личности со своими недостатками и достоинствам.

Таким образом, по результатам психологического исследования можно сделать следующие выводы.

Во-первых, выявляется наличие зависимости между психологическими характеристиками больных и характером ремиссии. У пациентов с высоким уровнем нейротизма, психотизма, склонных к высокой личностной тревожности, отмечается нестойкая ремиссия, в отличие от пациентов с устойчивой ремиссией, имеющих показатели, наиболее приближенные к норме.

Во-вторых, в результате проводимого лечения наблюдается снижение уровня тревожности, как ситуативной, так и личностной. Понижение уровня нейропсихической лабильности. Кроме этого наблюдается незначительное снижение показателя психотизма. Отмечается повышение экстраверсии у групп с устойчивой ремиссией.

У лиц с неустойчивой ремиссией отмечается незначительная динамика в изучаемых показателях, то есть уровень ситуативной тревожности снижается, а личностная остается на прежнем уровне. Отмечается повышение показателей экстраверсии, а что касается показателей психотизма, то они остаются без изменения.

Другими словами, психологические параметры в результате лечения изменяются. Отме-

Таблица 5. Результаты, полученные по методике исследования самоотношения

	Устойчивая		Неустойчивая		Контрольная группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
<i>Группа шкал</i>						
<i>Самоуважение</i>						
Открытость	6,4±0,06	5,4±0,05*	6,08±0,03	5,6±0,03*	6±0,06	5±0,05*
Самоуважение	6,5±0,02	6,2±0,02*	5,84±0,002	5,8±0,002*	4,3±0,004	4,2±0,004*
Самоуверенность	6,6±0,01	6,4±0,01*	5,6±0,02	6±0,02*	6,2±0,02	5,8±0,02*
Отраженное самоотношение	6,6±0,03	6,2±0,02*	5,7±0,03	6,2±0,03*	5,7±0,02	5,3±0,02*
<i>Аутосимпатия</i>	–	–	–	–	–	–
Самоценность	6,8±0,01	7±0,01*	5,4±0,03	6±0,04*	5,9±0,006	5,8±0,006*
Самопринятие	6,3±0,02	6±0,02*	6,4±0,01	6,2±0,01*	7±0,13	5,2±0,09*
Самопривязанность	5,9±0,04	5,2±0,04*	5,4±0,01	5,6±0,01*	6±0,02	5,7±0,02*
<i>Самоуничижение</i>	–	–	–	–	–	–
Внутренняя конфликтность	5,2±0,01	5±0,01*	7,1±0,02	6,8±0,02*	7±0,07	6±0,06*
Самообвинение	4,8±0,01	4,5±0,01*	7,5±0,03	7,1±0,03*	4±0,04	5±0,05*

* – достоверные отличия ($p < 0,05$), отличия внутри курса, до и после курса периодической гипоксии [9].

чается положительное влияние на поведенческие особенности личности, что способствуют пролонгированию ремиссии. В результате наблюдения за пациентами в процессе проводимого исследования наблюдается повышение уровня инициативности, адекватности эмоциональных реакций, повышение уровня конфликтности, среди стереотипов межличностного взаимодействия пациентами стали использоваться гармоничные стили общения.

Следовательно, адаптация к гипоксии создает благоприятную почву, повышающую эффективность психотерапевтических воздействий. Подобный эффект может быть объяснен хорошо доказанным в настоящий момент снижением под действием адаптационной терапии физической этанольной зависимости, что приводит к улучшению соматического статуса больных и таким образом делает их более восприимчивыми к психотерапевтическим воздействиям.

Список использованной литературы:

1. Адаптация к периодической гипоксии ограничивает потребление этилового алкоголя и синдром отмены при хронической алкогольной интоксикации у животных // Докл. АН СССР.– 1991.–Т.318, №1.–С. 238-241 (Соавторы Ф.З.Меерсон, А.Н.Чернов, В.П. Твердохлеб).
2. Адаптация к периодической гипоксии в комплексном лечении алкоголизма // Вестник ОГУ 10'2004.– С.116-118 (Соавторы Р.Ф. Тухватуллина, С.И. Красиков, В.Г. Лейзерман, Т.Н.Гареева, В.Г. Будза).
3. Немов Р.С. Психология.– М.,1994.
4. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. – М., МЕДпресс,2001.
5. Перре М.,Баумана У. Клиническая психология. “Питер” 2002.
6. Анна Анастаси, Сьюзан Урбани Психологическое тестирование “Питер”2003.
7. Артур Ребер Большой толковый психологический словарь. Т.-1,2.– М.,2003.
8. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / под ред. Д. Я. Райгородского.– Самара: Издательский дом « БАХРАХ-М»,2000.
9. Грачев Ю.П. Математические методы планирования экспериментов. – М.: пищевая промышленность, 1979. – 200 с.