

## ОСОБЛИВОСТІ РОЗУМОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛІЗМ У РІЗНИХ СТАДІЯХ І ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ СТАНАХ

Наукові праці МАУП, 2008, вип. 1(17), с. 235–240

*Розглядаються особливості розумової діяльності хворих на алкоголізм у різних стадіях і психопатологічних станах.*

При патопсихологічному дослідженні передумов інтелектуальної діяльності у хворих на різних стадіях алкоголізму набуті наступні дані.

Як видно з табл. 1, хворі на алкоголізм I стадії при роботі за методикою Крепеліна продемонс-

трували дещо нижчий рівень досягнень, ніж здорові особи контрольної групи. Так, упродовж заданого часу вони виконали наступний обсяг роботи:  $V_1 = 127 \pm 16,1$  операцій (контрольна група —  $V_k = 137 \pm 7,0$ ).

Таблиця 1

### Порівняльна характеристика особливостей розумової працездатності й темпу складних сенсомоторних реакцій у хворих на алкоголізм на різних стадіях захворювання ( $M \pm m$ )

Група	Методика Крепеліна			Цифрові символи		
	Обсяг завдання (V)	P	Помилкові рішення (n)	Обсяг завдання (V)	P	Помилкові рішення (n)
1	127,0 ± 16,1	0,76	0	46,0 ± 4,1	0,69	0
2	116,6 ± 14,1	0,99	1,9 ± 0,4	32,2 ± 4,3	0,99	0
3	54,5 ± 5,6	0,99	8,3 ± 1,6	13,3 ± 8,9	0,99	1,2
Контрольна	137,0 ± 7,0		0	48,1 ± 3,2		0

Кількість помилкових рішень в обох групах дорівнювала нулю. Хворі на алкоголізм II стадії продемонстрували обсяг роботи  $V_2 = 116,6 \pm 14,1$  операцій при наявності помилкових рішень  $n_2 = 1,9 \pm 0,4$ . Рівень досягнень хворих на алкоголізм III стадії більш ніж удвічі менший від показників контрольної групи —  $V_3 = 54,5 \pm 5,6$  операцій. Кількість помилкових рішень  $n_3 = 8,3 \pm 1,6$ .

При виконанні завдань за методикою цифрових символів у хворих на алкоголізм виявлено зниження рівня досягнень в динаміці захворювання (див. табл. 1). Так, хворі на алкоголізм I стадії за час, що дорівнював

90 секундам, виконали такий обсяг роботи:  $V_1 = 127 \pm 16,1$  операцій; II стадії —  $V_2 = 116,6 \pm 14,1$ ; III стадії —  $V_3 = 54,5 \pm 5,6$  операцій (контрольна група —  $V_k = 137 \pm 7,0$ ).

Така ж сама тенденція спостерігалась і при виконанні завдань за коректурною пробою (табл. 2). Наприклад, при виконанні повного обсягу роботи хворі на алкоголізм I стадії витратили стільки часу:  $t_1 = 315 \pm 20,0$  с,  $n_1 = 8,3 \pm 1,7$ ; II стадії —  $t_2 = 429 \pm 41,1$  с;  $n_2 = 22,5 \pm 6,2$ ; III стадії —  $t_3 = 847 \pm 57,6$  с;  $n_3 = 41,8 \pm 10,3$ . Контрольна група здорових осіб —  $t_k = 307 \pm 13,1$  с;  $n_k = 6,3 \pm 2,7$ .

**Порівняльна характеристика особливостей уваги та пам'яті у хворих на алкоголізм на різних стадіях захворювання ( $M \pm m$ )**

Група	Коректурна проба			Заучування 10 слів		
	Час роботи (t), с	P	Помилкові рішення (n)	Запам'ятовано (n)	P	Утримано в пам'яті (n)
1	315 ± 20,0	0,91	8,3 ± 1,7	9,6	0,33	7,0
2	429 ± 41,1	0,99	22,5 ± 6,2	8,2	0,99	5,7
3	847 ± 57,6	0,99	41,8 ± 10,3	5,2	0,99	2,7
Контрольна	307 ± 13,1		6,3 ± 2,7	9,7		7,3

При дослідженні запам'ятовування та утримання в пам'яті після чотирикратного повтору 10 двоскладових слів хворі на алкоголізм I стадії в цілому відтворювали 9,6 слів, II стадії – 8,2; III стадії – 5,2 слів (контрольна група – 9,7 слова).

При дослідженні утримання в пам'яті (через 20 хвилин) хворі на алкоголізм продемонстру-

вали наступні показники: I стадії – 7,0 слів, II стадії – 5,7; III стадії – 2,7 слів (контрольна група – 7,3 слова).

При порівнянні відносних показників продуктивності діяльності при дослідженні розумової працездатності та темпу складних сенсомоторних реакцій відмінності у рівні досягнень були достатньо виразними (рис. 1).



**Рис. 1. Показники продуктивності діяльності хворих на алкоголізм різних стадій при дослідженні розумової працездатності, темпу складних сенсомоторних реакцій, пам'яті**

Рівень досягнень хворих на алкоголізм II і III стадій при дослідженні розумової працездатності, темпу складних сенсомоторних реакцій, пам'яті, уваги був достовірно нижчим, ніж у осіб контрольної групи ( $p < 0,01$ ).

При дослідженні передумов інтелектуальної діяльності хворих на алкоголізм, які перебувають

у різних психопатологічних станах, отримані наступні результати (табл. 3).

Як видно з табл. 3, при виконанні завдань за методикою Крепеліна хворі на алкоголізм II стадії у стані абстиненції (АС) виконали такий обсяг завдань:  $V_a = 101,2 \pm 9,1$  операції, контрольна група:  $V_k = 137,0 \pm 7,0$ . Певне покращання рів-

ня досягнень у пацієнтів спостерігалось у період нестійкої рівноваги (НР) ( $V_{II} = 119,7 \pm 4,3$ ), але ці показники були нижчими, ніж у здорових осіб контрольної групи. Подібна тенденція спостерігалась і при виконанні завдань за методикою цифрових символів. У хворих на алкоголізм III стадії у стані абстиненції при виконанні завдань за ме-

тодікою Крепеліна рівень досягнень дорівнював  $V_a = 59,7 \pm 5,7$  операцій. У період нестійкої рівноваги покращання розумової працездатності було незначним  $V_{II} = 68,9 \pm 6,3$ . Звертає на себе увагу велика кількість помилкових рішень як у стані абстиненції, так і в період нестійкої рівноваги:  $9,4 \pm 2,1$  і  $7,2 \pm 1,9$  відповідно.

Таблиця 3

**Порівняльна характеристика особливостей розумової працездатності та складних сенсомоторних реакцій у хворих на алкоголізм у різних психопатологічних станах (M + m)**

Стадія	Методика Крепеліна			Цифрові символи		
	Обсяг роботи (V)	P	Помилкові рішення (n)	Обсяг роботи (V)	P	Помилкові рішення (n)
II (AC)	101,2 ± 9,1	0,99	2,1 ± 0,6	29,2 ± 4,1	0,99	0
II (НР)	119,7 ± 4,3	0,99	0,3 ± 0,01	39,4 ± 3,8	0,99	0
III (AC)	59,7 ± 5,7	0,99	9,4 ± 2,1	11,7 ± 4,2	0,99	3,2
III (НС)	68,9 ± 6,3	0,99	7,2 ± 1,9	16,7 ± 3,9	0,99	2,7
Контрольна група	137,0 ± 7,0		0	48,1 ± 3,2		0

Здебільшого помилкові рішення були зумовлені втратою певних навичок інтелектуальної роботи, поганою її організацією, уповільненням темпу роботи, частими відволіканнями. Такими ж причинами був зумовлений низький рівень досягнень і за методикою цифрових символів.

При виконанні завдань за коректурною пробою хворі на алкоголізм II стадії у стані абстинен-

ції витратили значно більше часу і мали більше помилкових рішень, ніж здорові особи контрольної групи (табл. 4).

Після завершення абстинентного синдрому рівень досягнень певною мірою покращився, але все-таки не досягав показників контрольної групи.

Таблиця 4

**Порівняльна характеристика особливостей уваги і пам'яті хворих на алкоголізм у різних психопатологічних станах (M + m)**

Стадія	Коректурна проба			Заучування 10 слів		
	Час роботи (t), с	P	Помилкові рішення (n)	Запам'ятовано (n)	P	Утримано в пам'яті (n)
II (AC)	476 ± 21,4	0,99	34,6 ± 7,3	7,3	0,99	4,1
II (НС)	410 ± 17,3	0,99	17,5 ± 5,2	8,7	0,86	6,2
III (AC)	881 ± 23,0	0,99	59,1 ± 11,2	5,1	0,99	3,5
III (AC)	864 ± 19,6	0,99	33 ± 10,1	5,6	0,99	3,8
Контрольна група	321,4 ± 11,1		9,0 ± 2,6	9,9		8,0

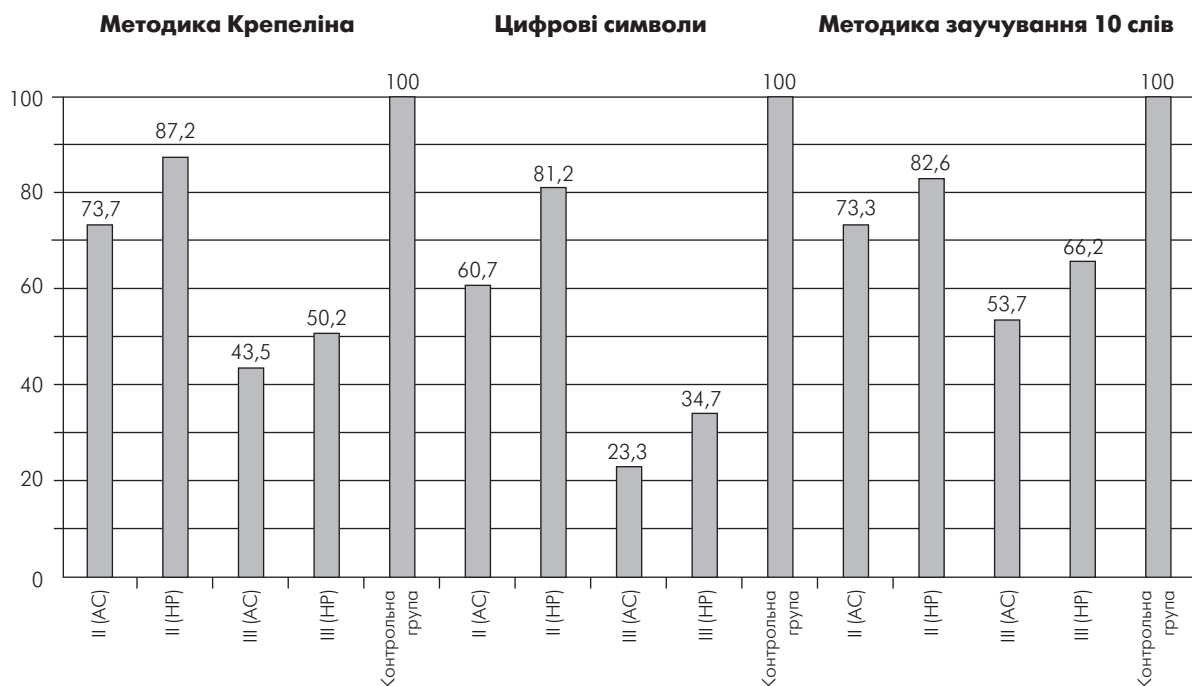
При підвищенні мотивації хворі були здатні певною мірою інтенсифікувати свою роботу, але на дуже незначний час.

Таким чином, різниця середніх показників рівня досягнень хворих на алкоголізм II і III стадій у стані абстиненції та стані нестійкої рівноваги за методиками дослідження розумової працездатності, темпу складних сенсомоторних реакцій, пам'яті порівняно з контрольною групою є статистично достовірною ( $p < 0,01$ ).

Порівнюючи ефективність діяльності хворих на алкоголізм та опійну наркоманію на різних стадіях захворювання, слід зазначити достовірно нижчі показники розумової працездатності та активної уваги у хворих на наркоманію II стадії відносно хворих на алкоголізм II стадії, що, з нашої точки зору, зумовлено більш тяжким перебігом абстинентного синдрому. Що стосується хворих на алкоголізм і наркоманію III стадії, то суттєвих відмінностей в їхньому рівні досягнень не спос-

терігалось. Так, хворі обох груп продемонстрували дуже низький рівень досягнень, але причини цього були різними. Нижчий рівень досягнень

хворих на наркоманію II і III стадій відносно хворих на алкоголізм зумовлений більш тяжким перебігом абстинентного синдрому.



**Рис. 2. Показники продуктивності діяльності хворих на різних стадіях алкоголізму при дослідженні розумової працездатності, темпу складних сенсомоторних реакцій, пам'яті**

Спосіб виконання завдань, динамічні характеристики роботи хворих на алкоголізм (особливо III стадії) свідчили про стійке зниження передумов інтелектуальної діяльності. Підвищення мотивації ніяким чином не впливало на результати роботи. У хворих на наркоманію причиною низького рівня досягнень були астеничні прояви.

При дослідженні особливостей мислення у хворих на алкоголізм I і II стадій алкоголізму помітних порушень при виконанні операцій узагальнення, аналізу, синтезу, порівняння не виявлялось. Так, середня кількість помилкових рішень при утворенні простих аналогій — 0,88 і 1,35 відповідно; при виконанні завдань за методикою виключення 1,22 і 1,97 відповідно. Помилкові рішення мали конкретно-ситуативний характер і здебільшого були пов'язані з порушенням активної уваги і швидкою втомою хворих при виконанні інтелектуальної роботи. Певне зниження інтелектуальної активності, що позначалось на якості виконання завдань, було зумовлене також зниженням мотивації до роботи.

У хворих на алкоголізм III стадії в мисленні домінували конкретно-ситуативні зв'язки. При

виконанні завдань за методикою утворення простих аналогій пацієнти припускались багатьох помилкових рішень (середня кількість помилкових рішень — 5,7); за методикою виключення — 4,2. Вони не могли сприйняти допомогу психолога. Неможливість виявити суттєві зв'язки між предметами та явищами, абстрагуватись від конкретних ознак виявилась і при поясненні змісту прислів'їв. Так, прислів'я "Яблуко від яблуні недалеко падає" хворий пояснював наступним чином: "Так, справді, яблуко від яблуні недалеко відкотиться, куди ж йому дітись... Якщо тільки, може, яблуня на горі росте, то може далі закотиться... Ні, до людини це прислів'я не підходить. Людина — це вам не яблуко".

Прислів'я "Шила в мішку не сховаєш" хворий пояснював так: "А для чого класти шило в мішок, воно швецю потрібно. Зробив справу — поклади його в коробку, можна залізу, можна дерев'яну. Який же дурень шило в мішок ховає?" Порушення рівня узагальнення виявлялось у хворих при поясненні певних морально-етичних понять при виконанні завдань на самооцінку: "Так, я безвольна людина. Безвольна людина — це людина, яка

за ґратами сидить”. Інший хворий, визнаючи себе “вразливою людиною”, пояснював: “Я — людина вразлива. Вразлива — це коли в сім’ї погано і людина сидить сумна...”; ...Я — людина байдужа, з душою ставлось до будь-якої роботи. Мені чи копати, чи ремонтувати — все роблю”.

При виконанні завдань за методикою класифікації, яка в деяких випадках додатково використовувалася для більш чіткого визначення інтелектуального дефекту, хворі найчастіше виконували завдання за конкретно-ситуативними ознаками. Об’єднуючи в одну групу рибу, корабель і маленьку акваріумну рибку, хворий пояснював: “Це все, що в морі плаває”. Літак, голуб, метелик об’єднувались в одну групу тому, що “...все це у небі”. Частина карток з предметами хворі взагалі не могли об’єднати, бо не знайшли між ними нічого спільного.

При виконанні експериментальних завдань хворі не помічали помилкових рішень, часто відстоювали їх. Характер помилкових рішень і спосіб виконання завдань свідчили про порушення критичності мислення. Водночас слід зазначити нерівномірність рівня досягнень. Так, разом з у край конкретними рішеннями інколи хворі пропонували досить диференційовані рішення, що свідчило про певне збереження минулого досвіду хворого. Завдання, що були пов’язані з актуалізацією минулого досвіду, виконувалися значно краще, ніж ті, що потребували пошуку нового рішення.

У хворих на алкоголізм I і II стадій не спостерігались суттєві порушення мислення. Помилкові рішення при виконанні інтелектуальних завдань у хворих II стадії були пов’язані здебільше з порушенням передумов інтелектуальної діяльності та залежали від ступеня астенічних проявів. У хворих на алкоголізм III стадії спостерігалось зниження рівня узагальнення, порушення критичності мислення. Виявлені особливості свідчили про наявність у пацієнтів стабільних інтелектуально-мнестичних розладів.

Результати дослідження показали, що порушення розумової працездатності, темпу складних сенсомоторних реакцій, пам’яті, уваги у хворих на опійну наркоманію та алкоголізм мали пряму залежність від стадії захворювання (що тяжчою була стадія, то нижчим був рівень досягнень),

а також від психопатологічного стану (хворі у стані абстиненції демонстрували значно нижчий рівень досягнень, ніж у період нестійкої рівноваги). У процесі медикаментозного лікування у хворих спостерігалось певне покращання рівня досягнень, який, проте, не досягав показників контрольної групи. У хворих на алкоголізм III стадії значні утруднення при виконанні інтелектуальних завдань були зумовлені інтелектуально-мнестичним дефектом. У хворих на наркоманію III стадії при збереженості рівня узагальнення інтелектуальна діяльність була ускладнена через неможливість здійснювати вольові зусилля впродовж тривалого часу.

Таким чином, розбіжності в оцінках порушень передумов інтелектуальної діяльності у хворих на опійну наркоманію та алкоголізм, як свідчать наукові джерела, можна пояснити дослідженням хворих у різних психопатологічних станах, ступінь яких не враховував достатньою мірою. Характер, глибина, тривалість порушень розумової діяльності, динаміка їх відновлення після медикаментозного лікування є одним із факторів, що визначатиме термін початку психокорекційних впливів, їх інтенсивність, обсяг і спрямованість.

Крім того, незворотність інтелектуального та вольового дефекту (що спостерігалось у хворих на опійну наркоманію та алкоголізм III стадії) може бути протипоказанням для включення пацієнтів у психокорекційну групу, робота якої спрямована на особистісне зростання. Такі пацієнти потребують інших форм допомоги.



## Література

1. Айви А., Айви М. Б., Саймен-Даунинг Л. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы. Теория. Техники: Практ. руководство. — М., 1999. — 407 с.
2. Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. — Новосибирск: Наука, 1988. — 198 с.
3. Лисенко І. П. Патопсихологічні симптомокомплекси при наркозалежній поведінці як основа для побудови психокорекційних програм // Архів психіатрії. — 1998. — № 1 (16). — С. 143–148.

*Визначені патопсихологічні симптомокомплекси залежності від алкоголю і наркотичних речовин. Доведені можливості й обмеження деяких патопсихологічних методик у діагностиці розладів особистості, спричинених формуванням алкогольної та наркотичної залежності.*

*Определены патопсихологические симптомокомплексы зависимости от алкоголя и наркотических веществ. Доказаны возможности и ограничения некоторых психологических методик при работе с больными данной нозологии. Выявлены основные направления эффективной психокоррекционной работы, принципы построения психокоррекционных программ.*

*The pathopsychological symptom-complexes of alcohol and drug dependence are determined. The opportunities of some pathopsychological methods limitation in personality disorders diagnosis caused by the development of alcohol and drug dependence are proved.*

**Надійшла 17 вересня 2007 р.**