

Сафуанов Ф.С., Баранова О.В., Игонин А.Л. Клинико-психологические механизмы формирования анозогнозии больных алкоголизмом



English version: [Safuanov F.S., Baranova O.V., Igonin A.L. Clinical and psychological mechanisms of anosognosia development in alcoholic patients](#)

Государственный научный Центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва, Россия

[Сведения об авторах](#)

[Литература](#)

[Ссылка для цитирования](#)

Исследованы механизмы формирования внутренней картины болезни у больных алкоголизмом с тотальной, частичной анозогнозией и с осознанием алкогольной зависимости. Клиническое исследование сочеталось с применением методик, направленных на исследование психологических защитных механизмов, предельных смыслов и личностных конструктов. Выявленные особенности внутренней картины болезни у обследованных групп (N = 75) могут служить дифференциально-диагностическими критериями при выборе тактик лечения больных алкоголизмом.

Ключевые слова: алкоголизм, анозогнозия, внутренняя картина болезни, психологическая защита, предельные смыслы, личностные конструкты

В настоящее время перед специалистами стоит серьезная задача – переориентироваться с медикаментозной и суггестивной помощи лицам, страдающим зависимостью от психоактивных веществ, на комплексный подход, включающий в себя позитивное изменение сознания больных и мобилизацию их личностных ресурсов с целью противостояния болезни. Этот подход может заключаться в воздействии на стержневой клинический феномен, поддерживающий зависимость от алкоголя, – анозогнозию.

Исследования, посвященные алкогольной анозогнозии, несмотря на их многочисленность, являются разрозненными и противоречивыми. В отечественной литературе ее природа трактуется неоднозначно. Она определяется как результат воздействия экзогенно-органического процесса на интеллектуальные и критические способности больного, степень алкогольных изменений личности [Познанский, 1974], нарушение формирования личности в преморбидном периоде [Классен, 1986], заострение личностных черт под влиянием злоупотребления спиртными напитками, актуализация патологического влечения к алкоголю [Альтшулер, 1994; Демина, 2003], перестройка мотивационной сферы [Братусь, 1974; Перейра и др., 1989; Завьялов, 1993].

С позиции изучения внутренней картины болезни в структуре алкогольной анозогнозии подчеркивается роль дефекта когнитивного компонента – недостаточной информированности больных алкоголизмом о своем заболевании [Нелидов, 1980], эмоционального компонента – блокирования переживаний, связанных с болезнью [Махова, 1986]. Существует мнение, что нарушения сознания болезни при алкоголизме идентичны таковым при паранойяльной психопатологической продукции [Демина, 2003]. В последние несколько лет, по данным литературы, можно отметить всплеск интереса к поиску оптимальных подходов, способных повлиять на самосознание наркологических больных, и в которых анозогнозия рассмотрена с позиций стержневого клинического феномена [Понизовский, 2007; Демина, Чирко 2009; Киселева, 2010; и др.].

Большинство отечественных [Бокий, Цыцарев, 1986; Клубова, 1991; Калмыкова, Петракова, 1988; Вассерман и др., 1999; и др.] и зарубежных авторов [Freud, 1912; Фрейд, 1993; Kernberg, 1975; Lazarus, 1983; Naugle, 1988; Bishop, 1991; и др.], рассматривают алкогольную анозогнозию как результат действия механизмов психологической защиты личности по отношению к осознанию психотравмирующей информации о зависимости от алкоголя. Активность защитной системы обратно пропорциональна степени осознанности алкогольных проблем и прямо пропорциональна не критичности больных алкоголизмом к своему заболеванию при обострении патологического влечения к алкоголю, что создает значительные трудности для социальной адаптации наркологических больных.

Целостное представление об участии личности в формировании, развертывании и течении зависимости от алкоголя требует анализа внутренней картины болезни [Лурия, 1977]. В то же время внутренняя картина болезни может только в довольно небольшом приближении соответствовать реальному положению вещей [Бехтель, 1986]. Сложная структура алкогольной анозогнозии определяется ее неоднородностью. Между анозогнозией и полным осознанием болезни лежит ряд переходных состояний, различающихся не только количественно.

Несмотря на разработку проблем динамики внутренней картины болезни при формировании алкоголизма, изменения степени осознания болезни в ходе психотерапевтических воздействий [Нелидов, 1980; Гузиков, Мейроян, 1987; Валентик, 1995; Карвасарский, Ташлыков, 1999; Батищев, Негериш, 2000; и др.], динамики анозогнозии при донозологических формах злоупотребления алкоголем [Бехтель, 1986], механизмы, лежащие в основе формирования анозогнозии при алкоголизме, раскрыты явно недостаточно. В частности, мало разработаны вопросы, касающиеся клинико-психологической характеристики анозогнозии, ее смысловой структуры. Не описаны различные проявления нарушений осознания болезни у тех или иных категорий больных алкоголизмом. Отсутствуют научно обоснованные данные по применению новых методик психологического обследования, способствующих диагностике алкогольной анозогнозии.

Цель данного исследования – изучение психологических механизмов формирования анозогнозии у больных алкоголизмом.

Методы

Теоретической основой исследования служат представления Э.И.Бехтеля [Бехтель, 1986], Л.И.Вассермана с соавторами [Вассерман и др., 1993] об алкогольной анозогнозии как системе механизмов психологической защиты, позволяющих личности перерабатывать различные феномены, обусловленные внутрипсихическим конфликтом. Наряду с этим, с нашей точки зрения, важное значение имеет смысловая структура феномена анозогнозии, которая может быть рассмотрена не только как компонент содержательной структуры мировоззрения больных алкоголизмом, но и как система личностных конструкторов, обеспечивающих категоризацию смыслового восприятия окружающего мира, себя и собственной болезни.

Материалы

Для определения преобладающих механизмов психологической защиты личности использовался тест «Индекс жизненного стиля» – ИЖС [Вассерман и др., 1999].

Методика предельных смыслов (МПС) [Леонтьев, 1999] применялась для изучения смысловых систем, их структурных и содержательных компонентов через их отражение в индивидуальном мировоззрении.

Тест репертуарных решеток (ТРР) [Kelly, 1955; Франселла, Баннистер, 1987] использовался для анализа классификационно-оценочных эталонов (семантических шкал) больных алкоголизмом, с помощью которых они осуществляют понимание и познание, оценивая сходство и отличия объектов.

Испытуемые

Обследовано три группы больных с различными вариантами алкогольной анозогнозии. Разделение на группы проводилось в соответствии с критериями, разработанными А.К.Качаевым и В.В.Политовым [Качаев, Политов, 1983], основанными на клинических проявлениях алкогольной анозогнозии, механизм которой обусловлен подсознательной переработкой больным, с одной стороны, его представлений об алкоголизме и, с другой, – впечатлений о себе самом.

Наличие *тотальной анозогнозии* характеризуется полным отрицанием болезни без системы доказательств. При *парциальной (или частичной) анозогнозии* та или иная степень отрицания собственного заболевания основывается на системе доказательств. *Осознание болезни* предполагает признание собственного заболевания.

Диагностика отношения к болезни сводится к изучению состояния больного, дополненного данными объективного и субъективного анамнеза. Субъективные данные уточнялись с помощью специально разработанного опросника. Данные о степени признания больными наличия болезненного характера симптомов алкоголизма, об установках по отношению к трезвому образу жизни и терапевтических установках представлены в табл. 1–3.

Таблица 1

Признание больными наличия болезненного характера симптомов алкоголизма (в % от количества больных в группе)

Симптомы	Больные		
	с тотальной анозогнозией n = 25	с парциальной анозогнозией n = 40	с осознанием болезни n = 10
Патологическое влечение к алкоголю	3,6	32,6*	87,5***
Изменения толерантности	–	5,6	18,8*
Изменение картины опьянения	7,1	19,1	56,3*
Утрата количественного контроля	7,1	37,1*	62,5**
Утрата ситуационного контроля	–	28,1	62,5*
Амнезии опьянения	7,1	29,2*	50,0*
Психопатологический компонент абстинентного синдрома	7,1	30,3*	56,3*
Соматовегетативный компонент абстинентного синдрома	21,4	67,4**	87,5**
Потребность в опохмелении	3,6	39,3*	68,8**
Изменения личности, появление «алкогольных черт»	–	5,6	12,5
Невротические изменения личности	10,7	25,8*	43,8*
Морально-этическое снижение	–	1,1	18,8*
Интеллектуально-мнестическое снижение	7,1	3,4	12,5
Последствия пьянства для семейных отношений	7,1	28,1*	62,5**
Последствия пьянства для трудового статуса	21,4	43,8*	75,0*
Последствия пьянства для здоровья	10,7	19,1	62,5*

Достоверность межгрупповых различий в средних оценивалась по критерию t-Стьюдента (уровень значимости p_1). Критерий углового преобразования Фишера использовался для оценки достоверности различий между процентными долями двух выборок, в которых зафиксирован исследуемый эффект

(уровень значимости p_2).

Обозначения уровней значимости и их сочетаний: * – $p_1 < 0,01$; ** – $p_1 < 0,01, p_2 < 0,05$; *** – $p_1 < 0,01, p_2 < 0,01$.

Таблица 2

Варианты установок по отношению к трезвому образу жизни (в % от количества больных в группе)

Варианты установок	Больные		
	с тотальной анозогнозией n = 25	с парциальной анозогнозией n = 40	с осознанием болезни n = 10
Намерен максимально продолжительное время воздерживаться от употребления алкоголя	3,6	42,7*	100,0**
Намерен со временем употреблять алкоголь умеренно	46,4	42,7	–
Формально признает наличие зависимости от алкоголя и намерен продолжать злоупотребление	7,1	14,6	–
Отрицает наличие зависимости от алкоголя и не видит причин, побуждающих отказаться от употребления алкоголя	42,9	–	–

Достоверность межгрупповых различий в средних оценивалась по критерию t-Стьюдента (уровень значимости p_1). Критерий углового преобразования Фишера использовался для оценки достоверности различий между процентными долями двух выборок, в которых зафиксирован исследуемый эффект (уровень значимости p_2). Обозначения уровней значимости и их сочетаний: * – $p_1 < 0,01, p_2 < 0,05$; ** – $p_1 < 0,01, p_2 < 0,01$.

Таблица 3

Терапевтические установки (в % от количества больных в группе)

Варианты установок	Больные		
	с тотальной анозогнозией n = 25	с парциальной анозогнозией n = 40	с осознанием болезни n = 10
Только на получение медицинской помощи для улучшения состояния	60,7**	15,7	–
На получение медицинской помощи и воздержание от алкоголя	35,7	58,4*	25,0
На получение медицинской помощи, воздержание от употребления алкоголя и достижение позитивных социально-значимых целей	3,6	25,8*	75,0***

Достоверность межгрупповых различий в средних оценивалась по критерию t-Стьюдента (уровень значимости p_1). Критерий углового преобразования Фишера использовался для оценки достоверности различий между процентными долями двух выборок, в которых зафиксирован исследуемый эффект (уровень значимости p_2). Обозначения уровней значимости и их сочетаний: * – $p_1 < 0,01$; ** – $p_1 < 0,01, p_2 < 0,05$; *** – $p_1 < 0,01, p_2 < 0,01$.

Результаты и их обсуждение

Механизмы психологической защиты

В обследовании участвовало 75 человек. Использовались средние значения балльных оценок механизмов психологической защиты (МПЗ). При сравнении результатов между группами использовался статистический критерий U-Манна–Уитни для независимых выборок.

Больные с тотальной анозогнозией (табл. 4) обнаружили повышенную напряженность таких вариантов психологической защиты, как отрицание и регрессия, что может свидетельствовать об активном исключении из сознания неприемлемых для личности событий и фактов. Алкогольная потребность при алкоголизме, противоречащая преморбидным установкам личности, приводит к отрицанию действительности и искажению восприятия. Механизм отрицания поддерживает самоуважение и охраняет социальный престиж больных, значительно снижая тревогу и способствуя длительному, «спокойному» течению заболевания.

Таблица 4

Средние показатели механизмов психологической защиты в трех группах больных алкоголизмом (сравнение по критерию U-Манна–Уитни)

Защитные механизмы	Группа больных			Значимость различий между группами, $p <$		
	с тотальной анозогнозией n = 25	с парциальной анозогнозией n = 40	с осознанием болезни n = 10			
	1	2	3	1–2	2–3	1–3
Отрицание (А)	5,96	5,1	5,0	–	–	,005
Вытеснение (В)	3,88	5,26	2,6	,05	,001	,001
Регрессия (С)	6,08	5,18	4,0	–	,05	,001
Компенсация (D)	1,88	2,38	3,6	–	,05	,001
Проекция (Е)	8,38	9,09	7,8	–	,05	–
Замещение (F)	3,9	4,21	2,4	,05	,001	,01
Интеллектуализация (G)	5,08	6,3	7,3	–	,05	,001
Реактивные образования (H)	2,17	2,64	2,9	–	–	–
Степень напряженности защиты (СНЗ)	37,87	40,16	35,6	–	,05	–

При усилении фрустрирующих факторов (требования родственников прекратить злоупотребление спиртными напитками, утяжеление похмельного состояния, социальная дезадаптация и др.) включается механизм регрессии. Повышение тревожности не приводит к осознанию прогрессирующего заболевания как субъективно более сложной задачи, а влечет за собой относительно простую и доступную замену, реализующуюся в действии. Вследствие этого возникают выраженные конфликты: бурные реакции протеста, уходы из дома, усиление пьянства, вождение автомобиля в нетрезвом состоянии на предельно высокой скорости, демонстративные попытки суицида.

Результаты клинико-психологического анализа показывают, что у многих пациентов, у которых наблюдались как преморбидные, так и приобретенные выраженные личностные расстройства, достигала высоких величин именно «регрессия», то есть возвращение в условиях стресса к инфантильным формам поведения. С другой стороны, слабость эмоционального контроля, простые поведенческие стереотипы и избегание целесообразного решения проблем, свойственные всем больным алкоголизмом, определяют взаимосвязь «регрессии» не только с расстройствами личности, но и с влиянием болезни на дезадаптацию личности.

Плохо развитая способность к поиску средств компенсации внутреннего дискомфорта и нарушения при логических обоснованиях своего поведения у больных с тотальной анозогнозией отразились в самых низких показателях «компенсации» и «интеллектуализации» среди всех больных. Недостаточное использование зрелых защит подчеркивает общую обедненность и упрощенность мотивационно-потребностной сферы, ее инфантильность. Эти показатели свидетельствуют также и о

других характеристиках больных с полным отрицанием болезни.

Поскольку механизм компенсации нередко связывают с идентификацией, недостаток его действия может отражаться в затруднениях соотнесения себя с другими людьми, переноса на себя желательных их качеств и активного формирования образа Я. К тому же все больные с тотальной анозогнозией отрицают болезнь без какой-либо системы доказательств. Нарушенными оказываются не только предпосылки аргументов, но и сам ход рассуждений. Свойство переноса на себя (транзитивность) и рациональность представляют собой когнитивный компонент самосознания, за счет которого в первую очередь происходит осознание своего заболевания. В сочетании с относительно низкой степенью напряженности защит (СНЗ) это говорит как об отсутствии внутриличностного конфликта по отношению к заболеванию, так и о нарушении формирования внутренней картины болезни, прежде всего ее когнитивного компонента.

Таким образом, выделяется два полюса МПЗ, обуславливающих самую низкую степень осознания больными с тотальной анозогнозией своего заболевания. На первом находятся «отрицание» и «регрессия», относящиеся к примитивным механизмам, а на другом «компенсация» и «интеллектуализация», то есть более зрелые механизмы. При этом использование одного полюса поддерживается значительным ослаблением другого.

Профиль обследованных с парциальной анозогнозией характеризуется прежде всего повышением баллов по шкалам «вытеснение» и «замещение». Больные с частичной анозогнозией обнаружили и повышенную степень напряженности защит, что свидетельствует как о внутриличностном конфликте, так и о наличии актуальной психотравмирующей ситуации.

Вытеснение существующих проблем существенно противодействует осознанию болезни. Вытеснению подвергаются практически все аспекты формирования алкогольной зависимости. Переживаемая ранее тревога по поводу неуместности и учащения выпивок, отдалению от семьи и друзей прочно вытесняются из сознания без какой-либо когнитивной переработки. Тем не менее подавленные потребности, не находя разрешения в поведении, сохраняют свои эмоциональные и вегетативные компоненты. Формально отрицаемая тяга к алкоголю сопровождается оживлением при разговоре на алкогольные темы, алкогольными ассоциациями и юмором. Вытесненные непатологические потребности приводят к эмоциональному напряжению во время ремиссии и субъективно воспринимаются как немотивированная тревога. Медленно и постепенно происходящая мотивационная трансформация отражается на личности в виде нерешительности, робости, невысокого уровня притязаний, заниженной самооценки – отношение к этим изменениям перестает беспокоить больного лишь в состоянии опьянения.

Разрядка подавленных и накопленных негативных эмоций происходит по механизму замещения и вымещается на безопасный объект взаимодействия, которым, как правило, оказываются родственники. В основе этого механизма лежит мотивация самоутверждения и активной обороны. Стеничные личности используют его гораздо чаще, так как негативный чувственный фон у них требует немедленного уменьшения своей выраженности. Активное и ригидное отреагирование эмоций по этому механизму формирует у больных алкоголизмом грубость, несдержанность и другие черты, лежащие в основе агрессивного поведения.

Гнев, направленный на близких, и, одновременно, страх их потерять, искупительное поведение, периоды обострения отношений в семье и сглаживания конфликтов как маятник расшатывают устои в семье, рожают чувство вины и бессилия с обеих сторон. Вытеснение в сочетании с замещением при частой смене разнонаправленных эмоций лежит в основе развития механизмов созависимости. Примерно половине обследованных 2-й группы было свойственно преобладание именно этого сочетания МПЗ.

Другой части больных (1/3) было свойственно преобладание механизма интеллектуализации. Для них с преморбидного периода были характерны рассудительность, сдержанность, склонность к построению логических концепций и другие личностные черты, реализующиеся под воздействием рациональных механизмов и обуславливающих развитие личности по обсессивному типу. Эти больные в гораздо меньшей степени отрицали заболевание.

Повышение при более зрелых механизмах психологической защиты показателей «Интеллектуализация» и «Проекция» у больных с частичной анозогнозией показывает, что психотравмирующая ситуация может осознаваться. Если неприемлемые для личности чувства все же проникают в сознание, то, во-первых, часто ответственность за их возникновение возлагается на социальное окружение, а, во-вторых, они осознаются лишь на когнитивном уровне, изолированно от аффекта тревоги. Оценка собственного заболевания, лишённая аффективной окраски, легко разрушается при обострении влечения к алкоголю.

Профиль МПЗ больных с осознанием болезни резко отличается снижением многих показателей. Несмотря на то что среднее значение по шкале «отрицание» остается достаточно высоким, этот механизм достоверно реже используется. Ведущими вариантами становятся интеллектуализация и компенсация.

Преодоления угрозы потери самоуважения при осознании своего заболевания больные достигают за счет построения логических концепций, объясняющих их переживания и поведение, которые привели к развитию алкоголизма. Нереализованные возможности, негативный опыт пассивного времяпровождения и серьезный урон, нанесенный здоровью, гипертрофированно компенсируется развитием альтернативных мотиваций.

Такие показатели МПЗ, как «Вытеснение», «Регрессия» и «Замещение», у больных с осознанием болезни оказались существенно заниженными. Полученные данные свидетельствуют о сужении спектра используемых защит. В некоторых случаях это проявляется в виде гиперсоциализированного стиля поведения с «уходом в работу», и своеобразной «однобокости» МПЗ при глубинно-личностном реагировании на проблемную и фрустрирующую ситуацию болезни.

В целом больные с осознанием болезни достигают необходимого для личности уровня преодоления болезни и приспособительного поведения за счет преимущественного использования зрелых защит и высокой мотивации на изменение стиля жизни. Это в свою очередь приводит к снижению конфликтности и социальной адаптации и отражается в относительно низких показателях общей напряженности защиты.

Таким образом, анализ данных свидетельствует о значительном влиянии механизмов психологической защиты на формирование отношения к болезни у больных алкоголизмом. Термин «алкогольное отрицание», используемый за рубежом и аналогичный отечественному термину «алкогольная анозогнозия», полностью оправдывает свое существование, соответствуя самому ригидному и часто используемому больными алкоголизмом механизму психологической защиты.

Пределные смыслы

В исследовании приняли участие 70 человек. Проводился качественно-количественный анализ особенностей содержательно-смысловой структуры мировоззрения у больных хроническим алкоголизмом. Анализировались средние значения диагностических показателей. Для оценки межгрупповых различий использовался статистический критерий U-Манна–Уитни для независимых выборок.

Методически процедура теста заключалась в проведении структурированной серии вопросов и ответов. Вопросы, задаваемые экспериментатором, имели вид: «Зачем люди делают то-то?». Протокол обследования представлял собой древо выявленных в ходе диалога с испытуемым смысловых категорий, в вершине которого находятся предельные смыслы. *Смысловой категорией* называется словесная формулировка, используемая для ответа на вопрос «Зачем?». *Цепь* – это линейная последовательность смысловых категорий, обосновывающих друг друга. *Предельная категория*, или *предельный смысл*, – конечная категория в цепи, которая уже не могла получить дальнейшее обоснование через вопрос «Зачем?». *Узловая категория*, или *узловой смысл*, – категория, служащая обоснованием более чем одной нижеследующей категории, то есть точка, в которой несколько цепей сливаются в одну. *Исходная категория* вводилась экспериментатором (в количестве 2–3).

Проводился структурный и содержательный анализ смыслового древа (контент-анализ). Структура

мировоззрения описывалась с помощью следующих показателей: N (ПК) – абсолютное число предельных категорий; N (УК) – абсолютное число узловых категорий; ИСв. – индекс связности полученной структуры, определяемый как отношение числа узловых категорий к числу предельных; С.д.ц. – средняя длина цепей, исчисляемая как среднее арифметическое длин всех возможных путей от исходных к предельным категориям; Прод. – продуктивность – отношение общего абсолютного числа неповторяющихся категорий к предельным. Содержательные характеристики представляли собой индексы: децентрации (ИД) – удельный вес категорий, субъектом действия в которых выступали другие люди; рефлексивности (ИР) – удельный вес категорий, отражающих чувственные и интеллектуально-рефлексивные процессы психического отражения (а не практического действия), негативности (ИН) – удельный вес категорий, выражающих прямое отрицание (табл. 5).

Таблица 5

Сравнительная характеристика показателей методики предельных смыслов в трех группах больных

Показатели	Группа больных			Значимость различий между группами, $p <$		
	с тотальной анозогнозией $n = 20$	с парциальной анозогнозией $n = 40$	с осознанием болезни $n = 10$			
	1	2	3	1–2	1–2	1–2
N (ПК)	1,48	2,06	2	,01	–	,05
N (УК)	0,67	1,2	2,5	,05	,01	,001
ИСв.	0,45	0,52	1,24	–	,001	,005
С.д.ц.	6,05	5,13	6,57	,001	,005	–
Прод.	6,36	6,11	12,15	–	,001	,001
ИР	6,81	9,93	12,85	,05	–	,05
ИН	20,66	13,33	11,73	,05	–	,01
ИД	2,22	4,12	5,09	,05	–	,01

Достоверность различий между группами оценивалась с помощью непараметрического критерия U-Манна–Уитни. Обозначения показателей см. в тексте перед таблицей.

Больные с тотальной анозогнозией практически по всем структурным показателям МПС продемонстрировали значительное снижение. В своих суждениях они руководствовались редко двумя предельными смыслами, чаще одним: «чтобы хорошо жить». Скудность и прямолинейность смысловых связей отразилась в самых низких показателях узловых категорий и индексе связности. Умеренное повышение средней длины цепей не отражалось на продуктивности и достигалось за счет использования близких по смыслу, но субъективно не тождественных понятий. Так, вытекающие друг из друга категории «чтобы было весело», «чтобы не было скучно», «чтобы заглушить отрицательные эмоции», «увеличить радость», «чтобы было интересно», «чтобы было хорошо» имели разный смысл: «Чтобы было весело, надо избавиться от скуки, а от нее можно уйти, только подавляя отрицательные эмоции, что в свою очередь достигается поиском положительных эмоций, их находят в интересном занятии, а уже тогда становится хорошо». Несмотря на то что больные руководствовались предельными смыслами в своей жизни, они мало задумывались о долгосрочной перспективе.

У обследованных лиц с категорическим отрицанием болезни по сравнению с другими больными алкоголизмом наиболее сужен контекст осмысления и скована активность мыслительных процессов, о чем свидетельствует, в частности, снижение индексов рефлексии и децентрации. Это проявляется в низкой способности понимать свое ментальное функционирование, искать внутренние резервы для преобразования действительности. Больные с тотальной анозогнозией мало соотносят свои помыслы и действия с интересами других людей, что влечет за собой низкую социальную компетентность и сложности взаимодействия с другими людьми. Напротив, показатель негативности у них существенно повышен, что характеризует их как людей, чья жизнь замкнута на самих себе, в круге привычных форм поведения, отклонение от которых вызывает дискомфорт.

Особенности смысловой структуры личности больных с парциальной анозогнозией проявляются в

увеличении числа предельных категорий и заметном снижении средней длины цепей. В сочетании с низкими показателями связности и продуктивности это характеризует смысловую регуляцию как упрощенную и плохо осознанную. Быстро достигая в своих рассуждениях разнообразных предельных смыслов без достаточной опоры на промежуточные, больные часто не могли объяснить тех или иных своих поступков. Их индивидуальное мировоззрение отличалось низкой степенью осмысления действительности и своих потребностей, несло в себе множество противоречий.

Содержательный аспект мировоззрения больных с частичной анозогнозией во многом определяется теми же характеристиками, что и для больных с тотальной анозогнозией – стремлением к беззаботному времяпровождению и удовлетворению актуальных потребностей. Однако выявились и отличия. Смысловые цепи редко достигают смысла «чтобы жить», а чаще обрываются на тех категориях, которые являются промежуточными для больных с тотальной анозогнозией: «чтобы получать удовольствие», «удовлетворять любопытство», «интерес», «легче общаться», «расслабиться» и т.д. Индекс негативности понижается за счет меньшего использования категорий, в которых отрицание выражено грамматически. При этом остается высокой доля категорий, в которых отрицание присутствует только по смыслу: «избавиться от неприятностей», «комплексов», «проблем», «убрать монотонность жизни» и т.д. Тем самым у больных с парциальной анозогнозией сохраняется гомеостатическая ориентация личности, направленная на ограничение всякой активности, не вызванной ситуативной необходимостью.

По показателю рефлексии группа больных с парциальной анозогнозией оказалась неоднородной. Несмотря на то что среднее значение было умеренным, индивидуальный протокол часто содержал либо высокий удельный вес этих категорий, либо они отсутствовали вовсе. Отсутствие категорий такого рода рассматривалось как симптом нарушения регуляторных функций сознания по отношению к практической деятельности. Слишком большое их число служило признаком чрезмерной интеллектуализации действия, трудностей в переходе от замысла к воплощению.

Повышение индекса децентрации характеризовало больных с парциальной анозогнозией как соотносящих свою жизнь с жизнью других людей и во взаимосвязи с ними.

Индивидуальное мировоззрение обследованных с осознанием болезни по структурным показателям было наиболее приближено к показателям здоровых людей. Оно отличается большим количеством узловых категорий и, соответственно, большей связностью, большей средней длиной цепей и гораздо более высокой продуктивностью по сравнению с аналогичными данными остальной части больных. Эти показатели в совокупности отражают большую степень зрелости и развитости мировоззрения, чем у лиц с тотальной и частичной анозогнозией.

Больные с осознанием заболевания ориентировались в своих представлениях только на семейные ценности и гармоничное существование. Перечень предельных смыслов был ограничен такими категориями, как «продолжить род», «полноценно жить», «обрести счастье». У них преобладали непосредственно-чувственные (чувствовать, ощущать, не забывать) рефлексивные процессы, а представления о практической деятельности были направлены исключительно на создание и обеспечение семьи. Обследованным лицам с осознанием заболевания, также как и с парциальной анозогнозией, было свойственно уделять внимание другим людям, и в меньшей степени, чем больным с тотальной анозогнозией, стремиться избегать трудностей, реагируя пассивной гомеостатической моделью поведения.

Личностные конструкторы

Было обследовано 67 человек. В соответствии с целью исследования был модифицирован ролевой список репертуарной решетки, где наряду с традиционными элементами (мать, отец, Я-реальное, Я-идеальное, идеальный мужчина, идеальная женщина, друг, любимая, счастливый человек и человек, успешный в профессиональной деятельности) включены элементы «Алкоголик» и «Знакомый, с которым я выпивал». Конструкторы выявлялись методом триад элементов, остальные элементы также подвергались оцениванию по выявленному конструктору. Формировалась матрица, которая представляла собой решетку 12x12, где по столбцам находятся элементы, а по строкам – конструкторы. В процессе исследования матрица заполнялась, и на пересечении строки и столбца стояла оценка

данного элемента по данному конструкту. Если элемент характеризовался конструктом по выявленному полюсу, то проставлялся крестик, если по противоположному полюсу, то место оценки оставалось пустым.

Каждая решетка анализировалась отдельно с помощью программного обеспечения пакета «Келли-98». Были вычислены корреляции между конструктами и между элементами.

Подсчитывалась доля значимых корреляций (величина r колебалась от 0,2 до 0,8), очень высоких корреляций и количество жестко связанных пар конструктов, на основании чего делался вывод о типе связей между конструктами. Значительное усиление связей между конструктами свидетельствует о возрастании «жесткости» представлений, а значительное ослабление связей – о его «разрыхлении».

На основании матриц интеркорреляций элементов были выявлены персонажи, которые в достаточно большой степени соответствовали «идеальному Я», «реальному Я», образу алкоголика, а также те, которые были наименее похожи на «реальное Я» обследованных. Характеристика значимого окружения помогла определить важность различных личностных сфер по отношению к «сфере Я» и тенденции к возможным изменениям.

Выявленные конструкты были подвергнуты классификации. Они использовались также для нахождения различий между «реальным», «идеальным Я» и представлениями об алкоголике, что помогло уточнить механизмы компенсации самооценки и проанализировать отношение больных алкоголизмом к своему заболеванию.

Матрицы больных с тотальной анозогнозией в большей степени характеризовались «нормативностью» связей между конструктами, в остальных группах гораздо чаще встречалась «жесткая» взаимосвязь. «Размытость» системы представлений наблюдалась только в группе больных с парциальной анозогнозией (3 чел., 10%).

Больные с тотальной анозогнозией отличались использованием узких категорий конструктов, с преобладанием психологических качеств либо формальных. В других группах представления больных были более разнообразны. Только у больных с парциальной анозогнозией встречалось преобладание «алкогольных» конструктов над другими категориями, что свидетельствовало о субъективной значимости актуальной проблемы алкоголизма (4 чел., 13,3%).

Таблица 6

Средние значения корреляций между элементами «сферы Я» и элементом «алкоголик» в трех группах больных

Группы	Корреляции между элементами		
	«Я-идеальное» и «Я-реальное»	«Я-реальное» и «Алкоголик»	«Я-идеальное» и «Алкоголик»
Больные с тотальной анозогнозией n = 17	0,36	0,33	-0,01
Больные с парциальной анозогнозией n = 40	0,22	0,25	-0,06
Больные с осознанием болезни n = 10	0,50	-0,31*	-0,56*

Обозначения: * – значимы только отрицательные корреляции, $p < 0,01$.

Расхождение между «реальным Я» и «идеальным Я» отражало состояние самооценки. У большинства обследованных (64,3%) корреляции между этими элементами были умеренно положительными, что соответствовало удовлетворительной компенсированной самооценке, их средние значения достоверно по группам не различались (табл. 6). Снижение коэффициентов корреляции ниже значимого уровня (21,4% испытуемых) говорило о неудовлетворенности собой. Подобный эффект отсутствовал в группе больных с тотальной анозогнозией. Высокие положительные значения корреляций (14,3% испытуемых) выявляли практически полное отсутствие различий между идеальным и реальным образом себя, что свидетельствовало о переоценке больными своих возможностей и об отсутствии

тенденции к изменениям.

Корреляции элементов «сферы Я» с элементом «алкоголик» отражали отношение больных к своему заболеванию. Предполагалось, что умеренные отрицательные корреляции говорили в пользу отрицательного отношения к алкогольному образу жизни. Вытеснение алкогольной проблемы из сферы осознания приводило к отсутствию значимых корреляций. Положительные значения служили индикатором спаянности личности с алкогольными установками.

Отмечался сдвиг к отрицательным средним значениям корреляций элементов «алкоголик» и «Я-идеальное» у испытуемых всех групп, в сравнении с корреляциями элементов «алкоголик» и «Я-идеальное». Это свидетельствует о негативном самовосприятии человека, в составе образа Я которого присутствует элемент «алкоголик», и о желании больных избавиться от тех характеристик, которые объединяют их образ Я с образом алкоголика.

По этим показателям достоверно отличались от других лишь больные с осознанием болезни, у которых во всех случаях наблюдались значимые отрицательные корреляции (табл. 6). Больные с тотальной и парциальной анозогнозией характеризовались преобладанием положительных корреляций при сравнении образа алкоголика с образом себя и более широким, с тенденцией сдвига к отрицательным значениям, спектром корреляций при сравнении со своим идеальным образом.

У большинства больных с тотальной анозогнозией (80%) корреляции конструкторов «сферы Я» были значимыми и положительными, что соответствовало компенсированной самооценке. Это сочеталось со значимыми положительными корреляциями элементов «алкоголик» и «Я-реальное» и с незначимыми корреляциями элементов «алкоголик» и «Я-идеальное». Образ алкоголика больше соответствовал реальному образу «Я» больных, чем идеалу. Сходство наблюдалось по таким понятиям, как «ленивый», «не работает», «много пьет», а также другим, которые расценивались личностью как нежелательные. Наряду с этим «алкоголик» был «адаптирован к жизни» и «имел высокие доходы», «обладал крепким здоровьем», спокойно и легко относился к жизненным проблемам, а также обладал многими другими «положительными» качествами. Декларативно выражая в беседе неприязнь к «алкоголикам», обследуемые в процессе тестирования показывали результаты, свидетельствовавшие о сильном сходстве образа Я и конструктора «алкоголик». Высокий уровень притязаний, которым характеризовался идеал, сочетался с поверхностной оценкой больными себя и неадекватным представлениями об алкоголике, что позволяло поддерживать уровень самоуважения на должном уровне.

Никто из обследуемых с тотальной анозогнозией не идентифицировал себя с «алкоголиком», ни в качестве персонажа, ни при выявлении конструкторов.

Анализ корреляций конструкторов «сферы Я» больных с парциальной анозогнозией позволил разделить обследованных на две практически равные подгруппы. В первой подгруппе (53,3% испытуемых) корреляции располагались в диапазоне значимых положительных и соответствовали компенсированной самооценке, в другой (46,7%) – имели более низкие значения и свидетельствовали о декомпенсации уровня самоуважения.

В свою очередь, сравнение элемента «алкоголик» с элементами «сферы Я» в первой подгруппе выявило преобладание незначимых корреляций. Они достигали положительных значений только при гиперкомпенсированных значениях самооценки. Сходство «алкоголика» с идеалом было не намного меньшим, а в некоторых случаях даже большим, чем с реальным образом себя. Наблюдавшиеся в каждом случае совпадения «Я-идеального» и «алкоголика» были по выявленным полюсам тех конструкторов, которые отражали мотивы злоупотребления алкоголем, а противоположный полюс относился к «Я-реальному». Алкоголь помогал пробудить «интерес к жизни», быть более «мягким», «терпимым», «коммуникабельным», «восприимчивым», «соответствовать реальности», в состоянии опьянения человек легко мог отказаться от ненужного общения, чувствовать себя более «стабильным», «адаптированным», «самостоятельным» или «мужественным». Эти возможности или качества были недостижимы для больных в трезвом состоянии («Я-реальное»). Если использовалась категория «алкогольных» конструкторов, то положительными оказывались такие характеристики, как «выпивает», «стремится к опьянению», «не лечится от алкоголизма».

В целом же образ алкоголика содержал больше отрицательных черт, лишь некоторые из которых совпадали с «Я-реальным». Наряду с этим идеал наделялся объективно отрицательными чертами. К ним относились: «отсутствие профессионализма», «апатичный», «замкнутый», «безразличный к деньгам», «не имеющий денег», «непризнанный». Это свидетельствовало о значительном снижении уровня притязаний. Незначимость сходства с алкоголиком, оценивание некоторых присущих ему черт как положительных для личности и снижение требований, предъявляемых себе, компенсировало самооценку больных этой подгруппы.

Вторая подгруппа характеризовалась значимыми положительными корреляциями между элементами «алкоголик» и «Я-реальное», при этом диапазон корреляций между элементами «алкоголик» и «Я-идеальное» варьировал от незначимых до высокозначимых отрицательных. «Я-реальное» совпадало с «алкоголиком» по многим конструктам, противоположным идеалу личности, что соответствовало снижению самооценки. Идентификация больными своего заболевания отражалась также в использовании таких конструктов, как «алкоголик», «постоянно пьяный», «помогающий себе алкоголем». Однако при этом декомпенсация самооценки носила временный характер, поскольку к идеалу относились понятия, отражающие желание больных избавиться от пагубной привычки: «не алкоголик», «умеющий сдерживать пьянство», «знающий меру в алкоголе». Это могло быть достигнуто, по малоосознаваемому представлению больных, за счет усиления волевых качеств в будущем. Конструкты «собранный», «твердый», «целеустремленный», «ответственный», «волевой» характеризовали идеал и, наряду с «алкогольными», занимали в системе ценностей высокое положение.

Многие больные с парциальной анозогнозией в качестве элемента «алкоголик» назвали и оценивали в процессе тестирования себя (53,3%). Это свидетельствует о достаточно глубоком признании факта наличия заболевания. Однако механизмы компенсации самооценки исказили процесс осознания и помешали ему завершиться, в результате чего во внутренней картине болезни был представлен лишь когнитивный компонент, не подкрепленный эмоциональным.

Группа больных с осознанием болезни была однородной по всем корреляциям элементов «сферы Я» между собой (значимые положительные показатели) и с элементом «алкоголик» (значимые отрицательные показатели).

Элементы «сферы Я» (идеальное и реальное Я) отличались высоким сходством. Имеющихся различий было мало, больные планировали устранить их в ближайшем будущем (например, «отсутствие семьи», «одиночество», «нереализованность творческих и профессиональных способностей»). Это стабилизировало самооценку и поддерживало ее на высоком уровне.

Образ алкоголика содержал только отрицательные черты. Он не отождествлялся больными как с идеалом, так и с образом себя. Умеренность отрицательных корреляций элементов «алкоголик» и «Я-реальное» свидетельствовала об адекватности подобного «разотождествления», поскольку оставшиеся сходными конструкты соответствовали еще не решенным больными проблемам.

Заключение

Проведенное психологическое обследование позволило показать преобладающее влияние механизмов психологической защиты личности в формировании алкогольной анозогнозии. Выделено несколько типов механизмов психологической защиты с соответствующими им вариантами:

- деструктивный тип – отрицание и регрессия;
- умеренно деструктивный тип – вытеснение, замещение и проекция;
- конструктивный тип – компенсация и рационализация.

У определенной категории больных алкоголизмом формирование тотальной анозогнозии связано с преобладанием деструктивного типа механизмов психологической защиты. Он обусловлен действием примитивных вариантов защит, искажающих и не допускающих осознание на уровне восприятия. Мировоззрение больных с полным отрицанием болезни отличается крайней прямолинейностью и неразвитостью смысловых связей, контекст осмысления сужен, а активность мыслительных процессов скована. Представления больных о себе поверхностны и неадекватно завышены, а об

алкоголизме – максимально искажены. Несмотря на отрицание заболевания, представления об алкоголизме тождественны представлениям о себе. Это свидетельствует об отсутствии внутриличностного конфликта и критичности по отношению к заболеванию.

Механизмы психологической защиты личности больных с парциальной анозогнозией отличаются умеренной деструктивностью и допускают часть информации о заболевании до осознания. Смысловая регуляция деятельности у таких больных упрощена, противоречива и плохо осознается. Структура и содержание мировоззрения отображают их жизнь, направленную исключительно на удовлетворение актуальных потребностей, связанную с привычными формами поведения, отклонение от которых вызывает дискомфорт, – это образ замкнутого круга. Представления об алкоголизме окрашены позитивно из-за положительного отношения к алкогольному образу жизни, которое усиливается снижением уровня притязаний личности. Повышение уровня осознания заболевания сопровождается значительным снижением самоуважения и связано с формированием внутриличностного конфликта.

У больных с осознанием заболевания в структуре личности преобладают механизмы конструктивного типа психологической защиты: информация о наличии заболевания может быть допущена до осознания. Система их смысловых связей более зрелая и развитая по сравнению с мировоззрением других больных алкоголизмом. Внутриличностный конфликт, возникающий при осознании заболевания, не актуален из-за его практически полного разрешения. Это становится возможным благодаря полному отождествлению представлений о себе и своей жизни с представлениями об алкоголизме. Все компоненты самосознания – когнитивный, эмоциональный, поведенческий – отражают полноту этого «разотождествления».

Таким образом, внутренняя картина болезни у пациентов с тотальной анозогнозией отсутствует, с частичной анозогнозией – ограничивается лишь когнитивным компонентом, при этом эмоциональный компонент представлен положительным отношением к алкогольному образу жизни и находится в антагонизме с когнитивным компонентом, вызывая дисбаланс этих сторон самосознания и формируя внутриличностный конфликт. Полная сформированность и сбалансированность внутренней картины болезни наблюдается лишь у больных с осознанием своего заболевания. При этом когнитивный компонент отражает адекватные представления об алкоголизме, эмоциональный – отрицательное отношение к алкогольному образу жизни, а поведенческий – установку на достижение альтернативных алкогольным целям – позитивных и социально значимых.

Литература

Альтиулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. М.: Имидж, 1994.

Батищев В.В., Негериш В.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика. М.: РБФ НАН, 2000.

Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. М.: Медицина, 1986.

Бокий И.В., Цыцарев С.В. Алкоголизм и самосознание личности // Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом: тез. докл. Ленинград: Изд-во Ленингр. гос. ун-та, 1986. С. 352–354.

Братусь Б.С. К вопросу о психологических основах психотерапии алкоголизма // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1974. Т. 74, вып. 10. С. 1863–1866.

Валентик Ю.В. Мишени психотерапии при алкоголизме // Лекции по клинической наркологии / под ред. Н.Н.Иванца. М.: РБФ НАН, 1995. С. 175–191.

Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. Отношение к болезни, алкогольная анозогнозия и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. 1993. N 3. С. 13–22.

Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. и др. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля (ИЖС): пособие для врачей и психологов / СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева. СПб., 1999.

Гузилов Б.М., Мейроян А.А. Медико - психологические критерии эффективности терапии и реадaptации больных алкоголизмом: методические рекомендации / Минздрав РСФСР. Ленинград, 1987.

Демина М.В. Структура и динамика отношения наркологических больных к болезни и лечению // Наркология. 2003. N 9. С. 22–25.

Демина М.В., Чирко В.В. Синдромы нарушения сознания и самосознания. Сознание болезни // Наркология. 2009. N 6. С. 83–88.

Калмыкова М.А., Петракова Т.И. К вопросу о психологическом изучении анозогнозии при алкоголизме // Лечение и реабилитация больных с пограничными нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом: сб. науч. тр. / МНИИП. М., 1988. С. 91–96.

Карвасарский Б.Д., Тапшыков В.А. // Руководство по психиатрии / под ред. А.С.Тиганова. М.: Медицина, 1999. Т. 2. С. 300–303.

Качаев А.К., Политов В.В. Клинические проявления анозогнозии у больных алкоголизмом: методические рекомендации / Минздрав СССР. М., 1983.

Киселева Ж.В. Структура личности и анозогнозия у освидетельствуемых на состояние алкогольного опьянения // Аспирантский вестник Поволжья. 2010. N 3–4. С. 27–31.

Класен И.А. Психотерапия больных алкоголизмом в зависимости от личностных особенностей и от клинических проявлений заболевания: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1983.

Клубова Е.Б. Исследование структуры защитных механизмов личности у больных алкоголизмом // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1991. N 3. С. 70–71.

Леонтьев Д.А. Методика предельных смыслов (МПС). М.: Смысл, 1999.

Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977.

Махова Т.А. Особенности когнитивной самооценки больных алкоголизмом // Теоретические и клинические проблемы современной психиатрии и наркологии / под ред. Г.В.Морозова. М.: Медицина, 1986. С. 153–155.

Нелидов А.Л. О сознании болезни при алкоголизме и индивидуализация рациональной психотерапии в условиях принудительного лечения // Четвертый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров / Минздрав РСФСР. М., 1980. С. 212–215.

Перейра Ф.М., Немчин Т.А., Гузилов Б.М. Особенности мотивационной структуры алкогольной зависимости // Психологические исследования и психотерапия в наркологии: сб. науч. тр. / ЛНИПНИ им. В.М.Бехтерева. Ленинград, 1989. С. 16–32.

Познанский А.С. Внутренняя картина болезни при хроническом алкоголизме // Третий Всероссийский съезд невропатологов и психиатров / Минздрав РСФСР. М., 1974. Т. 2. С. 267–269.

Понизовский П.А. Когнитивные расстройства и соматическая анозогнозия у больных с алкогольной зависимостью: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007.

Франселла Ф., Баннистер Д. [Fransella F., Bannister D.] Новый метод исследования личности: руководство по репертуарным личностным методикам / пер. с англ. под общей ред. Ю.М.Забродина и В.И.Похилько. М.: Прогресс, 1987.

Фрейд А. [Freud A.] Психология «Я» и защитные механизмы: пер. с англ. М.: Педагогика, 1993.

Bishop D.R. Chemical aspects of denial in chemical dependency // *Individual Psychology*. 1991. Vol. 47(2). P. 199–209.

Freud S. The dynamics of transference // *Collected papers*. New York: Basic Books, 1912. Vol. 2. P. 366–376.

Kelly G.A. The psychology of personal constructs. Vol. 1. A theory of personality. New York: Norton, 1955.

Kernberg O. A psychoanalytic classification of character pathology // R.Lax (Ed.). *Essential papers on character neurosis and treatment*. New York: New York University Press, 1989. P. 191–210.

Lazarus R.S. The costs and benefits of denial // S.Breznitz (Ed.). *The denial of stress*. New York: International Universities Press Inc., 1983. P. 1–30.

Naugle R.I. Denial in rehabilitation: Its genesis, consequences, and clinical management // *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 1988. Vol. 31. P. 218–231.

Поступила в редакцию 28 февраля 2011 г. Дата публикации: 25 апреля 2011 г.

[Сведения об авторах](#)

Сафуанов Фарит Суфиянович. Доктор психологических наук, профессор, зав. кафедрой клинической и судебной психологии, факультет юридической психологии, Московский городской психолого-педагогический университет; руководитель лаборатории судебной психологии, Государственный научный Центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, пер. Кропоткинский, д. 23, 119992, Москва, Россия.
E-mail: safuanovf@rambler.ru

Баранова Ольга Вячеславовна. Кандидат медицинских наук, научный сотрудник, Отделение терапии больных наркоманиями и алкоголизмом, Государственный научный Центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, пер. Кропоткинский, д. 23, 119992, Москва, Россия.
E-mail: oletakoe@mail.ru

Игонин Андрей Леонидович. Доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом, Государственный научный Центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, пер. Кропоткинский, д. 23, 119992, Москва, Россия.
E-mail: aligonin@mail.ru

[Ссылка для цитирования](#)

Сафуанов Ф.С., Баранова О.В., Игонин А.Л. Клинико-психологические механизмы формирования анозогнозии больных алкоголизмом [Электронный ресурс] // *Психологические исследования: электрон. науч. журн.* 2011. N 2(16). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг). 0421100116/0020.

[Последние цифры – номер госрегистрации статьи в Реестре электронных научных изданий ФГУП НТЦ "Информрегистр". Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка". Дата обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

[К началу страницы >>](#)