

Трифонова Е.А.¹, Яровинская А.В.²

¹К.п.н., ²соискатель, кафедра клинической психологии,
Российский государственный педагогический университет имени А. И. Герцена

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ АНОЗОГНОЗИИ

Аннотация

Теоретический обзор посвящен проблеме изучения алкогольной анозогнозии в свете общепризнанной необходимости повышения эффективности профилактики алкоголизма и реабилитации больных с аддиктивными расстройствами.

Ключевые слова: алкогольная анозогнозия, изучение

Key words: alcoholic denial, studying

Алкогольная зависимость в настоящее время занимает центральное место в структуре наркологических заболеваний и признается одной из актуальных проблем здравоохранения и общества. Ее медико-социальная значимость связана с высоким уровнем распространенности заболевания (число только зарегистрированных лиц с алкогольной зависимостью составляет около 2% от общей численности населения РФ) [7], сопряженными криминогенными факторами, негативными последствиями заболевания для здоровья и социального статуса больных и их ближайшего окружения [7].

По данным зарубежных исследований (National Development and Research Institutes), до 64% лиц с алкогольной зависимостью злоупотребляют также и другими психоактивными веществами [9].

В эпидемиологических исследованиях также отмечается тенденция к снижению возраста начала употребления алкоголя. При этом установлено, что вероятность возникновения алкогольной зависимости у лиц, начавших употребление алкоголя в возрасте младше 15 лет в 4 раза больше, чем у тех, кто не употреблял его до 21 года [19].

Ряд авторов, как в России [7], так и за рубежом [8] указывает на отчетливый рост потребления алкоголя у молодых женщин, злокачественное течение женского алкоголизма, его более выраженные и быстро формирующиеся негативные социальные последствия [7].

В настоящее время все большее внимание уделяется целостному подходу к проблеме алкоголизма, при этом традиционные клиничко-биологические представления об этом заболевании дополняются психологическими концепциями патогенеза алкогольной зависимости, выдвигающими на первый план личностные факторы и механизмы злоупотребления алкоголем, формирования зависимости и терапевтической резистентности, а также условий для их преодоления в лечебно-реабилитационном процессе [1].

Признание необходимости личностного подхода к больному является одним из важных достижений гуманизации врачебной практики, тесно связанным с развитием реабилитационного направления [10]. Реабилитация рассматривается не только как процесс физического и психосоциального восстановления больного, но и как особый интегративный подход к страдающей личности с учетом специфики системы ее значимых отношений, и, прежде всего, отношения к болезни и лечению. В клинике алкоголизма последнее играет весьма важную роль в связи с феноменом так называемой алкогольной анозогнозии – тенденции к отрицанию или недооценке значимости заболевания, определяющей трудности формирования мотивации трезвости, повышенный риск рецидивов и общую резистентность к противоалкогольному лечению. В качестве синонимов используются понятия нарушенной критики, отсутствия сознания болезни. В

психологической традиции речь идет о специфическом отношении к болезни или особенностях внутренней картины болезни [6]. В зарубежной литературе чаще всего используется термин «алкогольное отрицание» (alcoholic denial) [3].

При исследовании алкогольной анозонозии рассматриваются такие ее характеристики, как

- ✓ степень выраженности,
- ✓ патогенетические механизмы.

Степень выраженности алкогольной анозонозии.

В настоящее время, сложилась практика оценки критики болезни как полной, частичной или отсутствующей [12]. При полной анозонозии больной не признает у себя наличия алкогольной болезни, отрицает какие-либо признаки алкогольной зависимости и явные негативные последствия хронической алкоголизации. Установлено, что отсутствие критики проявляется тем сильнее, чем активнее общественное порицание злоупотребления алкоголем. Отрицая зависимость от алкоголя, больной отрицает и последствия алкоголизации, в том числе и тех физических заболеваний, которые возникли вследствие алкогольной зависимости [13]. При частичной анозонозии отдельные симптомы и осложнения заболевания формально признаются, но отрицается их связь с алкогольной зависимостью.

Патогенетические механизмы алкогольной анозонозии.

Единой точки зрения на причины и патогенетические механизмы алкогольной анозонозии нет, что представляется весьма существенным, поскольку подходы к пониманию патогенеза алкогольной анозонозии определяют пути ее коррекции в лечебно-реабилитационном процессе.

В изучении патогенетических факторов алкогольной анозонозии выделяют несколько основных подходов: клинко-биологический, психопатологический и клинко-психологический.

Сторонники **клинко-биологического подхода** рассматривают алкогольную анозонозию как следствие психоорганического синдрома [13], обусловленного деструктивно-дистрофическим изменением мозговых структур или нарушением обмена веществ в ЦНС как результата токсического действия алкоголя. Психоорганический синдром при алкоголизме или так называемая алкогольная энцефалопатия проявляется интеллектуально-мнестическим снижением, расстройствами обучения, эмоциональной лабильностью, истощаемостью нервных и психических процессов. На начальных этапах заболевания эти нарушения слабо выражены и обнаруживаются только в специальном экспериментально-психологическом исследовании. Постепенно признаки энцефалопатии нарастают, достигая к конечной стадии болезни формы клинически выраженного слабоумия (алкогольной деменции). Нарушение познавательной сферы при хроническом алкоголизме определяют трудности адекватной оценки своего состояния и ситуации, расстройства эмоционально-волевой регуляции, что и определяет картину алкогольной анозонозии. Соответственно, коррекция когнитивных функций способствует не только адекватной интеллектуальной переработке информации, но и преодолению алкогольной анозонозии [13].

В рамках **психопатологического подхода** алкогольная анозонозия рассматривается в содержательном соответствии с психопатологической картиной аддикции и алкогольного изменения личности. В.В. Чирко и М.В. Демина [9] выделяют гомогенный и гетерогенный варианты нарушения сознания болезни при аддикциях в зависимости от структуры ведущих синдромов (синдрома патологического влечения, абстинентного) и характера изменения личности (по органическому или эндоформному типу). При

гомогенном варианте нарушения сознания болезни оно как бы слито с тем синдромом, который и является объектом неосознавания (сверхценная или паранойяльная структура синдрома патологического влечения, деменция). При гетерогенном варианте его отсутствие обусловлено такими общими нарушениями психики, как деградация и органическое снижение личности, спутанность, дезориентировка, делириозные, аментивные нарушения сознания.

Таким образом, нарушения сознания болезни представляют собой имманентные психопатологические феномены. Структура психопатологического феномена нарушенного сознания (переживания) болезни чрезвычайно разнообразна и основную роль в его патогенезе играют два основных компонента: аффективный и когнитивный, которые формируют индивидуальные поведенческие модели переживания болезни.

При этом предполагается, что нарушения сознания болезни нельзя рассматривать как проявления «психологической защиты», поскольку они тесно вплетаются в доминантную сверхценную структуру синдрома патологического влечения и в своей эволюции четко коррелируют с её динамикой. В своем исследовании В.В. Чирко и М.В. Демина подтвердили гипотезу о том, что выраженность анозогнозии находится в прямой зависимости от силы патологического влечения и угасание указанной сверхценной доминанты (патологического влечения) ведет к восстановлению сознания болезни, а ее актуализация – к нарушению. Теми же авторами было показано, что синдромологическое содержание нарушения сознания болезни близко к явлениям деперсонализации, избирательно охватывающей лишь болезненный процесс как таковой, без нарушения других проявлений самосознания.

Таким образом, в рамках психопатологического подхода алкогольная анозогнозия рассматривается в тесной взаимосвязи с клинической картиной аддиктивного расстройства, что не позволяет учитывать в полной мере влияние социальных и психологических факторов, а фактически, отграничивает психопатологический процесс от личности.

Т.Г. Рыбакова [4] указывает на неоднозначность механизмов анозогнозии в клинической динамике алкогольной зависимости. По ее мнению на начальных этапах болезни ведущую роль играет недостаточная информированность больного по проблемам алкоголизма, в дальнейшем вступают в силу механизмы психологической защиты, и лишь на третьей стадии алкогольная анозогнозия определяется психоорганическими причинами и изменением личности. Иными словами, в процессе формирования и стабилизации алкогольной зависимости понимание алкогольной анозогнозии невозможно без учета психологических (личностных) факторов. Этим фактором уделяется особое внимание в рамках клинико-психологического подхода.

В рамках **клинико-психологического подхода** феномен алкогольной анозогнозии рассматривается в рамках трех основных направлений психологии личности и психотерапии:

- психодинамического,
- когнитивно-поведенческого и
- гуманистического.

С позиций психоаналитического подхода, представляющего основу *психодинамического направления*, зависимое поведение, связанное с употреблением алкоголя, рассматривается как подчинение принципу удовольствия, которому не могут противостоять слабые «эго» и «супер-эго». Согласно психодинамической точке зрения, люди, злоупотребляющие алкоголем, имеют сильную потребность в зависимости от значимого объекта, следы которых можно обнаружить в раннем детском возрасте. Некоторые исследователи к факторам, вызывающим алкогольную зависимость, относят потребность в блокировании агрессии, страстное желание удовлетворить стремление к

симбиотическим отношениям с материнской фигурой, желание ослабить депрессивное состояние. По мнению большинства представителей данного направления, основа подобных расстройств – это, прежде всего страдание, и лишь во вторую очередь – поиск удовольствия и сопутствующее ему стремление к саморазрушению [4]. Именно в рамках этого подхода возникла идея рассматривать алкогольную анозогнозию как психологическую защиту от возникающего внутриличностного конфликта и тревоги. Кларк [4] определяет защитные механизмы как бессознательное искажение реальности для устранения болезненных чувств и конфликтов на основе автоматического, привычного реагирования. При этом предполагается, что защитная функция анозогнозии связана, с одной стороны, с биологической зависимостью от алкоголя, а с другой – с необходимостью социально-психологической адаптации.

Несмотря на то, что данный подход довольно часто применяется в лечении алкоголизма, исследования показывают его недостаточную эффективность. Это, возможно, связано с тем, что по мере клинического оформления алкогольной зависимости ее связь с исходными психологическими предпосылками постепенно ослабевает, и в силу вступают биологические механизмы поддержания аддикции.

В рамках психодинамического направления отечественной психологии, феномен алкогольной анозогнозии принято рассматривать в свете концепции отношения к болезни. Отношение к болезни, согласно теории отношений В.Н. Мясищева, это комплекс переживаний и ощущений больного, его интеллектуальных, эмоциональных и поведенческих реакций на болезнь, лечение и взаимодействие с окружающими. Феномен отношения к болезни, по мнению большинства исследователей, является сложным многокомпонентным и многоуровневым образованием, на формирование и развитие которого оказывают влияние клинические, социальные и психологические факторы. Понятие отношения к болезни включает в себя психологическое содержание таких понятий, как «внутренняя картина болезни», «переживание болезни», «реакция личности на болезнь», «сознание болезни» [2].

При рассмотрении отношения к болезни у лиц с алкогольной зависимостью подчеркивается его защитный характер, где психологическая защита выступает в форме искажения когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов отношения с целью снижения психотравмирующего потенциала ситуации, связанного с алкоголизацией [3;15]. Как отмечает Ташлыков В.А., развитие и сохранение неадаптивных стереотипов происходит в условиях искаженной переработки больными симптоматики («порочный круг» взаимодействия симптомов и переживаний), противоречивого отношения к диагнозу (страх и ожидание информации о болезни), роли пациента (пассивное отношение к лечению и желание выздоровления), актуальной жизненной ситуации (поиск причин трудностей вне собственного поведения и ожидание разрешения ситуации).

Сторонники *поведенческого подхода*, в частности, теории подкрепления, объясняют алкоголизм как усвоенное поведение, подчиненное закономерностям научения, которое происходит в стрессовых ситуациях. При этом подкрепляющие эффекты алкоголя приводят к повышению дозы и частоты употребления [16].

Сторонники когнитивно-поведенческого подхода рассматривают алкогольную анозогнозию как нарушение в структуре когнитивных процессов в виде ошибочных убеждений и ожиданий, часто поддерживающих, а иногда и составляющих ядро зависимости [15]. Анозогнозия может возникать на фоне когнитивного диссонанса, когда субъект одновременно располагает двумя психологически противоречивыми "знаниями" об одном объекте. От состояния дискомфорта, вызванного диссонансом, субъект избавляется либо путем изменения одного из элементов диссонансных знаний, либо путем введения нового элемента.

Как отмечают некоторые исследователи, формирование алкогольного поведения может иметь адаптивную функцию и становится вероятным из-за недостаточности психологических механизмов совладания со стрессом и редуцирующим эффектом алкоголя. Злоупотребление алкоголем становится способом преодоления эмоционального дистресса и ухода от жизненных проблем. Деадаптивный стереотип совладающего поведения формируется под влиянием негативной Я-концепции, ожиданий от употребления, факторов семейной поддержки и приводит к сужению поведенческого репертуара, разрушению сетей социальной поддержки и истощению личностных и средовых копинг-ресурсов. Развитие таких активных копинг-стратегий как «разрешение проблем», «поиск социальной поддержки», навыков эмпатии и аффилиации, способствуют включению больного в терапевтическую группу, формируют установку на трезвость и снижают риск последующих рецидивов.

Ключевые положения когнитивно-поведенческой концепции формирования и поддержания алкогольной зависимости определяют и направления психокоррекции в комплексной реабилитации больных: формирование адекватных представлений о болезни и ее последствиях, обучение воздержанию от употребления алкоголя и подкрепление «трезвого» образа жизни, расширение репертуара стратегий совладания со стрессом, в том числе, приемов саморегуляции, формирование новых способов получения удовольствия и снижения дискомфорта [17].

Противопоставляя себя психодинамическому и когнитивно-поведенческому подходу к пониманию личности, представители *гуманистического направления* сосредоточивают внимание на субъектной, свободной сущности человека, проблемах целеполагания и выбора: личность является уникальной целостной системой, обладающей определенной степенью свободы от внешней детерминации благодаря смыслам и ценностям, которыми она руководствуется. Внутренний конфликт возникает согласно этим теориям тогда, когда внутри системы взглядов и ценностей человека появляются противоречия или когда эта система не соответствует реальному опыту человека.

Зависимое поведение в гуманистической психологии рассматривается как реакция на экзистенциальную фрустрацию (В.Франкл), как своеобразный протест против социального насилия и скуки, как стремление «потреблять счастье в чистом виде», бегство от реальности и свободы выбора (Э.Фромм). К. Роджерс рассматривает зависимое поведение как результат искаженной «Я – концепции»: стремясь сохранить свои ценности и основанное на них представление о себе, человек строит систему защиты против несовместимого с «Я – концепцией» опыта. Негативный опыт, в случае ригидности «Я», подвергается искажению при осознании, либо полностью отрицается; при этом структура личности, стремясь удержать неадекватное представление, становится, еще более жесткой. Отрицание болезни в результате несет в себе защитную функцию и позволяет человеку избегать осознания одиночества, смысла (бессмысленности) жизни и несвободы.

Таким образом, в настоящее время патогенетические механизмы и структура алкогольной анозогнозии остаются недостаточно изученными. Некоторые авторы считают алкогольную анозогнозию проявлением психоорганического синдрома, развивающегося в динамике алкогольной болезни, другие связывают ее с центральными психопатологическими образованиями в структуре зависимости, с аффективными нарушениями, личностными изменениями и сопутствующей психической патологией.

Есть мнение, что анозогнозия определяется социальными факторами, этапом болезни и преморбидными личностными особенностями, включая интеллектуальные ресурсы. Некоторые авторы обращают внимание на то, что клинические проявления анозогнозии базируются на бессознательно или осознанно существующем влечении к алкоголю. Большинство исследователей признают роль механизмов психологической

защиты в развитии алкогольной зависимости и анозогнозии, однако классическое психоаналитическое понимание содержания психологической защиты постепенно деформируется. Остается не вполне ясной роль целостной личности в преодолении алкогольной анозогнозии и зависимости.

Поскольку данные вопросы имеют не только теоретическое, но и практическое значение, дальнейшие исследования в этой области представляются весьма актуальными, в особенности в свете общепризнанной необходимости повышения эффективности профилактики алкоголизма и реабилитации больных с аддиктивными расстройствами.

Литература

1. Дунаев А.Г. Индивидуально-психологические особенности личности больных хроническим алкоголизмом с различной длительностью психотерапевтической ремиссии: дисс. ...канд. психол. наук/ А.Г. Дунаев; – Ростов-на-Дону, 2006. – 151 с.
2. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей и медицинских психологов / авторы-сост. Л.И.Вассерман и др.; НИПНИ им. В.М.Бехтерева. – СПб., 2005. – 31 с.
3. Вассерман Л.И. Отношение к болезни, алкогольная анозогнозия и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова // Обзорение психиатрии и мед.психологии им. В. М. Бехтерева. – 1993. – № 2. – С. 13–21.
4. Ерышев О.Ф. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О.Ф. Ерышев, Т.Г. Рыбакова, П.Д. Шабанов. – СПб.: Изд-во «ЭЛБИ-СПб», 2002. – 192 с.
5. Прогнозирование длительности ремиссии при восстановительном лечении больных алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии: метод.реком. / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; сост. О.Ф. Ерышев. – СПб., 2006. – 20 с.
6. Ключкова Л.В. Клинико-психологические особенности самосознания больных алкоголизмом: автореф. дис. ...канд. психол. наук / Л.В. Ключкова; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 1993. – 24 с.
7. Кошкина Е.А. Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма/ Е.А Кошкина, Ш.И Спектор., В.Г. Сенцов. - ПЕР СЭ., 2008. – 287 с.
8. Поляк О.Б. Критика к заболеванию и терапевтическая мотивация в структуре отношения к болезни при опиоидных наркоманиях: автореф. дис.... канд. психол. наук / О.Б. Поляк; – СПб., 2009. – 23 с.
9. Чирко В.В. Очерки клинической наркологии / В.В. Чирко, М.В. Дёмина. – М.: Медпрактика, 2002. – 237 с.
10. Медико-психологические критерии эффективности терапии и реадaptации больных алкоголизмом. // Методические рекомендации., под ред. М.М. Кабанова., Л., 1987. – 14 с.
11. Дмитриева Т.Б. Актуальные проблемы помощи наркологическим больным в России на этапе социальной стабилизации в стране / Т.Б. Дмитриева // Наркология. – 2006. - № 3. – С. 16-23.
12. Клубова Е.Б. Отношение к болезни и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом: автореф. дис. ...канд. психол. наук / Клубова Елена Борисовна; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 1995. – 20 с.
13. Позновский П.А. Когнитивные расстройства и соматическая анозогнозия у больных алкогольной зависимостью: автореф. дис.... канд.мед. наук /П.А. Позновский. – М., 2007. – 24 с.

14. Дёмина М.В. О механизмах нарушения сознания при наркотической болезни и подходы его коррекции / М.В. Дёмина // Вопросы наркологии. – 2005. – № 1. – С. 13-20.
15. Ташлыков В.А. Психологическая защита у больных невротами и психосоматическими заболеваниями / С.-Петербург. ин-т усовершенствования врачей. Каф. психотерапии с курсом дет.-подростковой психотерапии. - С.-Пб. ИУВ, 1997 - 24 с
16. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / СПб., Прайм-Еврознак, 2006. – 638 с.
17. Видерман Н.С. Медико-психологические характеристики копинг-поведения больных с зависимостью от алкоголя: автореф. дис. ...канд. психол. наук / Н.С. Видерман; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 2000. – 20 с.
18. Сирота Н.А. Профилактика наркомании и алкоголизма / Н.А Сирота, В.М. Ялтонский. - М., 2003. – 176 с.
19. Alcohol Consumption and Expenditures for Underage Drinking and Adult Excessive Drinking / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.jama.ama-assn.org