

АЛКОГОЛЬНАЯ И СОМАТИЧЕСКАЯ АНОЗОГНОЗИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Понизовский П.А.

**Московский НИИ психиатрии Росздрава
107076, Москва, ул. Потешная, 3**

В целях установления механизмов соматической анозогнозии обследовано 138 больных алкогольной зависимостью II стадии, у половины из которых имела тяжелая сопутствующая соматическая патология. С помощью набора экспериментально-диагностических методик установлено, что имеющиеся нарушения памяти, внимания, интеллекта незначительны и не коррелируют с выраженностью не критичности больных к пьянству и тяжелым соматическим заболеваниям. Алкогольная анозогнозия в большинстве случаев (когда нет признаков слабоумия) является проявлением защитных психологических механизмов, позволяющих нейтрализовать внутриличностный конфликт, что вызывается неспособностью пациента вести трезвый образ жизни и осуждением окружающими его пьянства.

Эффективность лечебно-профилактических мероприятий при алкоголизме непосредственно связана с осознанным и активным участием больного в осуществлении программы терапии и реабилитации. Серьезным препятствием на пути вовлечения больных в борьбу со сформировавшимся пристрастием к спиртному является характерное проявление алкоголизма — алкогольная анозогнозия, под которой понимается непризнание больным факта зависимости от алкоголя и игнорирование очевидных признаков заболевания. Неспособность критически оценивать свое болезненное состояние препятствует своевременному обращению за медицинской помощью и часто приводит к отказу от проведения противоалкогольного лечения.

Среди подходов к трактовке алкогольной анозогнозии можно выделить два основных. В течение долгого времени самой распространенной была точка зрения о том, что непонимание или отрицание больными наличия у них алкоголизма связаны с нарастающими органическими изменениями головного мозга [8, 10, 11]. Альтернативная точка зрения — понимание алкогольной анозогнозии как проявления механизмов психологической защиты, активизирующихся в том случае, когда осознание проблем, вызванных злоупотреблением алкоголя, грозит дискредитировать больного в собственных глазах [1–5, 9, 13]. Защитные психологические механизмы позволяют нейтрализовать внутриличностный конфликт, провоцируемый неспособностью больного вести трезвый образ жизни в условиях осуждения его пьянства окружающими. С этой точки зрения природа алкогольной анозогнозии скорее связана с нежеланием понять болезненный характер злоупотребления, а не с неспособностью сделать это [2]. Компромиссная позиция заключается в положении, что алкогольная анозогнозия возникает в результате действия комплекса органических и психологических факторов [3, 12, 14].

Практически при любом заболевании на основании ощущений и переживаний, испытываемых больным, а также имеющейся у него информации о болезни, в каждом конкретном случае формируется определенное представление о болезни и связанная с этим осознанная или подсознательная потребность ее преодоления, что ведет к формированию программ и моделей поведения, направленных на борьбу с болезнью. Пониманию болезненного характера алкогольной зависимости могут препятствовать отсутствие или недостаточная выраженность соматических нарушений, которые прежде всего ассоциируются с понятием «болезнь» [1, 6]. Однако даже при выраженной сопутствующей соматической патологии алкогольная анозогнозия не только не уменьшается, но и дополняется соматической анозогнозией — искаженной оценкой больным алкоголизмом своего физического состояния — различной степени выраженности: от легкой недооценки до полного игнорирования угрожающих жизни соматических заболеваний. При этом отрицание соматического заболевания наблюдается не только на поздних стадиях алкогольной деградации личности, но и в том случае, когда выраженное интеллектуальное снижение еще нет.

Наиболее часто алкоголизм сочетается с заболеваниями желудка, поджелудочной железы, печени и желчевыводящих путей, патологией сердечно-сосудистой системы. Больные считают себя физически здоровыми, хотя, по объективным данным, нуждаются в лечении и наблюдении у терапевта. Переоценка физического состояния приводит к отказу от своевременного лечения соматических заболеваний, а невнимание и неоправданно благодушное отношение к болезненным симптомам приводит к несвоевременному лечению соматических заболеваний, когда они протекают более тяжело.

Настоящее исследование было проведено для установления механизмов соматической анозогнозии, ее взаимосвязи с когнитивными расстройствами и иной симптоматикой у больных алкогольной зависимостью.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 138 человек мужского пола со II стадией алкогольной зависимости в возрасте от 21 до 72 лет. Все больные были разделены на 2 группы: 1-я группа — 70 пациентов с синдромом алкогольной зависимости II стадии с выраженной сопутствующей соматической патологией (средний возраст — $48,2 \pm 11,5$ лет), 2-я группа — 68 пациентов с синдромом алкогольной зависимости II стадии без выраженной сопутствующей соматической патологии (средний возраст — $40,5 \pm 8,3$ лет).

Из исследования исключались пациенты, у которых злоупотребление алкоголем сочеталось с одновременным систематическим приемом других ПАВ, а также с сопутствующими эндогенными психическими заболеваниями и тяжелыми органическими поражениями головного мозга.

Использовались клинико-психопатологический, клинико-психометрический и экспериментально-психологический методы.

В рамках алкогольного абстинентного синдрома (ААС) у больных нередко возникает чувство вины, они осуждают себя за пьянство и при-

знают свою алкогольную зависимость. Одновременно может иначе оцениваться и соматическая патология (депрессивная самооценка). Кроме того, проявлением ААС у пациентов с соматической отягощенностью, как правило, оказывается мучительный и тягостный соматический дискомфорт, не признавать который невозможно. Чтобы исключить искажение результатов обследования под влиянием как собственно похмельных расстройств, так и преходящих (обратимых) проявлений алкогольной энцефалопатии, обследования проводились только после купирования ААС.

В ходе клинико-диагностического интервью на каждого больного заполнялась «Анамнестическая карта больного алкогольной зависимостью», включающая демографические сведения о пациенте, данные о наследственности, развитии, интересах, воспитании, социальном и образовательном положении, особенностях преморбидного психического статуса, начале и течении алкоголизма. Собирались сведения о наличии либо отсутствии у пациента сопутствующих алкоголизму соматических заболеваний. Оценивались ответы, характеризующие информированность пациента о соматическом заболевании, результатах лабораторных, инструментальных исследований и других клинических обследований. Учитывалось возникновение тревоги и озабоченности при диагностике соматического страдания, готовность следовать рекомендациям врача и регулярность профилактических медицинских обследований после диагностирования соматического заболевания. Уделялось внимание отношению больного к потреблению алкоголя и алкогольным проблемам. Уточнялась форма потребления алкоголя и ее изменение с появлением соматической отягощенности. Помимо расспроса самого больного и ближайших родственников, использовались сведения из историй болезни и амбулаторных карт.

Клинико-психометрический метод использовался для исключения возможного искажения самооценки под влиянием депрессивных расстройств. Полученные показатели обследования по шкале Гамильтона всех больных свидетельствовали об отсутствии депрессивной симптоматики во время обследования и в течение последней недели до его проведения. Кроме того, было отмечено, что все больные отрицали возникновение депрессивных состояний до начала злоупотребления алкоголем.

Экспериментально-психологический метод включал исследование самооценки (методика Дембо–Рубинштейна) с определением интеллектуально-мнестического уровня (исследование механической и опосредованной памяти, динамики и продуктивности мыслительных процессов, внимания и зрительно-моторной координации).

В группе с выраженной сопутствующей соматической патологией преобладали больные более старшей возрастной категории. Группы не различались по характеристикам семейной отягощенности алкоголизмом, уровню физического и психического развития в раннем детском и дошкольном возрасте. Особенности характера больных обеих групп в допубертатном периоде также не имели достоверных различий. Уровень образования больных в 1-й группе оказался выше, чем во 2-й. Анализ преморбидных личностных особенностей не выявил существенных различий между группами. Чаше

встречались акцентуации гипертимного, эпилептоидного, неустойчивого и истероидного круга.

Среди сопутствующих соматических заболеваний пациентов 1-й группы наиболее часто встречались заболевания сердечно-сосудистой системы (57%) и желудочно-кишечного тракта (54%). Кроме того, у пациентов 1-й группы отмечались заболевания дыхательной (17%), эндокринной (14%) и мочеполовой систем (7%). 43% больных 1-й группы страдали изолированным сопутствующим соматическим заболеванием, у 57% пациентов отмечалась комбинированная соматическая патология.

Из клинических характеристик алкогольной зависимости группы достоверно различались лишь по давности существования алкоголизма. Пьянство большинства больных объединенной выборки носило запойный характер. Длительность ААС составляла 3-е суток и более. Частота встречаемости различных симптомов ААС оказалась приблизительно одинаковой, за исключением соматического дискомфорта, который возникал у пациентов 1-й группы в 2 раза чаще ($p < 0,001$). Основные клинические характеристики алкогольной зависимости обследованных больных представлены в *табл. 1*.

У значительной части больных в обеих группах отмечалась выраженная социальная дезадаптация, которая в ряде случаев компенсировалась поддержкой ближайшего социального окружения. Возникновение конфликтов в семье и с руководством, разводы, частая смена места работы и снижение квалификации, как правило, были обусловлены пьянством. Больные периодически находились на иждивении у родственников, а трудоустраивались в основном на низкоквалифицированную и временную работу.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Отношение пациентов 1-й группы к своему соматическому здоровью было представлено различными вариантами — от легкой недооценки до

Таблица 1

Основные клинические характеристики алкогольной зависимости обследованных больных

Показатели	1-я группа (n = 70)	2-я группа (n = 68)
Возраст первого употребления алкоголя (года)	15,9 ± 2,2	15,7 ± 2,2
Возраст учащения употребления алкоголя (года)	20,1 ± 4,0	19,0 ± 2,7
Возраст начала систематического употребления алкоголя (года)	24,6 ± 7,5	23,0 ± 4,3
Возраст начала злоупотребления алкоголем (года)	30,4 ± 9,0	28,1 ± 5,3
Возраст появления ААС (года)	33,4 ± 8,6	30,9 ± 5,6
Длительность запоев (сутки)	15,3 ± 7,0	13 ± 6,0
Суточная толерантность (мл водки)	835,7 ± 0,4	850,7 ± 0,3
Давность существования алкоголизма (года)	17,8 ± 9,9	12,4 ± 6,6*

Примечание: * — $p < 0,01$ — достоверность различий между аналогичными показателями.

полного игнорирования угрожающих жизни заболеваний: 40% в этой группе демонстрировали полную некритичность к имеющимся соматическим заболеваниям. Как правило, эти пациенты считали себя полностью здоровыми, редко обращались к врачам и не могли рассказать об имеющемся у них соматическом заболевании. Их не интересовали результаты лабораторных и инструментальных исследований, показатели артериального давления (АД). У них отсутствовала тревога и озабоченность при обнаружении соматической патологии, не было готовности следовать советам врача, что впоследствии проявлялось нерегулярностью профилактических медицинских обследований. Даже кратковременные болевые ощущения в области сердца или случайно обнаруженные цифры повышенного АД не вызывали беспокойства («поболело и прошло», «чего особенно беспокоиться», «я не люблю ходить по врачам»). Остальные 60% больных демонстрировали в различной степени выраженности, но всегда низкую информированность об имеющейся существенной соматической патологии. Нередко больные бравадировали способностью устранять все недуги алкоголем, имели для этого собственные рецепты.

Отношение больных 2-й группы к своему физическому здоровью оценивалось по тем же параметрам, так как во время обследования все пациенты проходили курс противоалкогольного лечения в стационаре. Учитывалась их заинтересованность в знании результатов анализов и исследований, цифр АД. Выяснялась регулярность профилактических медицинских осмотров, возникновение тревоги при диагностике какого-либо заболевания в анамнезе, оценивалась озабоченность по поводу настоящего пребывания в больнице и готовность следовать советам врача. Во 2-й группе 26% пациентов отличались полным безразличием к своему физическому состоянию, а 74% демонстрировали некоторую информированность в отношении своего здоровья.

Статистический анализ признаков, характеризующих отношение больных к своему здоровью, не выявил достоверного отличия между группами ($p \leq 0,05$). В обеих группах отношение больных к своему заболеванию коррелирует с регулярностью профилактических медицинских обследований ($p \leq 0,01$).

Э.Б. Карпова [7] изучала отношение к хронической соматической патологии у лиц, не страдающих алкоголизмом, но обнаруживающих наличие тяжелых физических заболеваний. Типы отношения пациентов к болезни определялись исходя из оценок лечащих врачей. Среди прочих типов отношения больных к своим хроническим соматическим заболеваниям был выделен анозогнозический тип. Пациенты этой группы активно отбрасывали мысль о болезни и ее возможных последствиях, отрицали очевидные проявления тяжелой соматической патологии, приписывая их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Такие пациенты отказывались от обследования и лечения и высказывали желание «обойтись своими средствами».

Данные о встречаемости анозогнозического типа отношения к имеющемуся соматическому заболеванию среди пациентов, не злоупотребляющих спиртными напитками, и у лиц, страдающих алкоголизмом, представлены в *табл. 2*.

Таблица 2

**Встречаемость анозогнозического типа отношения
к соматической болезни**

Контингенты больных	Частота анозогнозии (%)
Больные соматическими заболеваниями, не страдающие алкоголизмом (инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, сахарный диабет; всего 738 чел. — данные Э.Б. Карповой, 1986):	8
Больные алкоголизмом с сопутствующими соматическими заболеваниями (заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, дыхательной, эндокринной, мочеполовой систем; всего 70 чел. — данные настоящего исследования)	40*

Примечание: * — $p < 0,001$ (достоверность различий между количественными значениями).

Таким образом, встречаемость анозогнозического типа отношения к соматической болезни достоверно выше у лиц, страдающих физическими заболеваниями в сочетании с алкогольной зависимостью, чем у пациентов, не страдающих алкоголизмом ($p < 0,001$).

Отношение больных алкоголизмом обеих групп к пьянству, а также оценки степени злоупотребления алкоголем значительно отличались от объективных данных. Поступая в стационар для прохождения курса противоалкогольного лечения под давлением со стороны семьи или руководства, пациенты часто обнаруживают формальную готовность пройти курс лечения. Нередко больные затрудняются сформулировать цель поступления в наркологический стационар: «лег, чтобы отдохнуть», «необходимо проверить весь организм», «меня сюда родственники привезли», «пошел на поводу у близких, чтобы их не расстраивать». Большая частота полной алкогольной анозогнозии встречалась у пациентов 1-й группы ($p < 0,001$). Несмотря на более выраженную дезадаптацию и наличие серьезной сопутствующей соматической патологии, у них вдвое чаще отсутствовала критика к потреблению алкоголя (76%), чем у пациентов 2-й группы (43%).

Степень выраженности алкогольной анозогнозии и степень недооценки существенной соматической патологии значимо коррелировали в 1-й группе ($r = 0,421$; $p < 0,01$). Тотальное отсутствие критики к пьянству, как правило, сочеталось с полным игнорированием угрожающих жизни заболеваний.

Исследование самооценки больных алкоголизмом по методике Дембо–Рубинштейна (шкалы «Здоровье», «Ум», «Характер», «Счастье», «Алкоголизм») показало, что большинство результатов самооценки пациентов расходится с объективными данными. Часто самооценка и реальное положение дел полярно противоположны. Так, больные, страдающие выраженной сомати-

ческой патологией, определяли свое здоровье как хорошее и удовлетворительное, имеющиеся соматические расстройства не считали серьезными, требующими динамического медицинского обследования и лечения. Чтобы не признавать соматическую болезнь, пациенты приводили различные объяснения, которые определялись доминирующим типом личностного реагирования на внутренний конфликт: «здоровье, как у всех, никакой особой болезни нет», «болен не больше других, напрасно родственники волнуются», «сейчас все больны, здоровых почти нет», «вот у соседа гипертония, а у меня ничего особенного», «здоровье ухудшилось потому, что гриппом переболел, на работе стрессы, переволновался». Абсолютное большинство больных понимало под «здоровьем» свое физическое (соматическое) состояние и не связывало его со злоупотреблением алкоголем. Больные могли характеризовать себя как счастливых людей, несмотря на потерянную вследствие пьянства семью и утраченные профессиональные навыки. Нередко к самым несчастным людям пациенты относили «опустившихся алкоголиков». Как правило, больные обеих групп были довольны состоянием своих умственных способностей. Постоянно ссорящиеся с родственниками называли свой характер положительным, близким к идеальному и не считали его причиной жизненных трудностей.

Различия в распределении самооценок установлены только на низком уровне по шкалам «Здоровье» ($p < 0,05$) и «Счастье» ($p < 0,01$). Для остальных показателей статистически значимых отличий выявлено не было ($p \leq 0,05$). Оказалось, что больные, страдающие комбинированными соматическими заболеваниями, несколько чаще демонстрируют более низкую самооценку здоровья (35%), чем больные с изолированной соматической патологией (21%).

Исследование механической памяти, проводимое по методике «Заучивание 10 слов» (А.Р. Лурия), показало, что у пациентов обеих групп механическая память незначительно снижена по сравнению с показателями нормы (рис.).

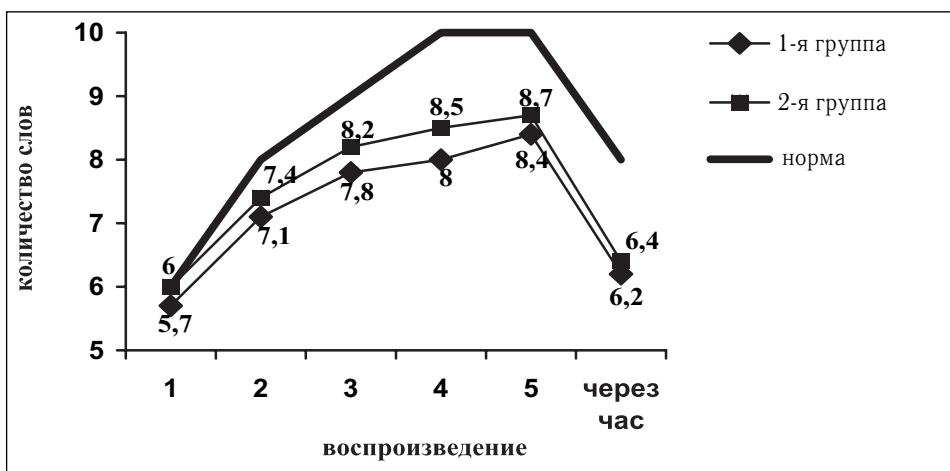


Рис. Результаты исследования механической памяти по методике «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия

Через час 8–10 слов помнили по 28% в каждой группе. У 37% больных общей выборки характер кривой запоминания свидетельствовал о неустойчивости и истощаемости активного внимания. Исследование не выявило различий средних значений в двух группах. Оценка опосредованного запоминания, проводимая с помощью методики «Пиктограмма», демонстрировала снижение этого показателя в обеих группах. Усредненный процент правильно воспроизводимых через час слов составил 58% в 1-й группе и 64% во 2-й группе.

Проективный тест «Пиктограмма» использовался также для оценки динамики и продуктивности мыслительных процессов. Отдельные элементы, свидетельствующие об органических изменениях центральной нервной системы (ЦНС) (трудности или отказы от изображения абстрактного понятия; развернутость, обстоятельность, сценopodobность образов, стереотипность и недостаточная дифференцированность изображений), встречались в 58% протоколов больных 1-й группы и в 44% протоколов больных 2-й группы.

При выполнении субтеста «Шифровка» по методике Д. Векслера, применяемого для оценки внимания и зрительно-моторной координации, ни один из пациентов не смог завершить задание досрочно. Средний балл в обеих группах не различался и составил $36,1 \pm 11,3$ (1-я группа) и $36,6 \pm 10,3$ (2-я группа). Скорость выполнения задания была неудовлетворительной, свидетельствующей о снижении зрительно-моторной координации у пациентов обеих групп.

В обеих группах установлена связь между результатами проведенных тестов, что говорит о том, что у больных алкогольной зависимостью II стадии изменение всех интеллектуально-мнестических процессов происходит одновременно и выражается в некотором ухудшении механической, опосредованной, памяти, зрительно-моторной координации и внимания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Из результатов обследования пациентов обеих групп следует, что уровень их интеллектуально-мнестического снижения незначителен, а критическое отношение к злоупотреблению алкоголем и выраженной сопутствующей соматической патологии в подавляющем большинстве случаев отсутствует, самооценка и реальное положение дел полярно противоположны. Известно, что у пациентов с органическими заболеваниями головного мозга травматического и сосудистого генеза степень когнитивного снижения выражена значительно больше, чем у обследованных больных алкогольной зависимостью, однако при этом у них сохраняется критика к своему психическому и физическому состоянию. Такие больные нередко страдают от осознания своего когнитивного дефекта и пытаются скрыть его от окружающих.

Психологические защитные механизмы мобилизуются при всех видах патологической зависимости. Наиболее явно они проявляются в тех случаях, когда злоупотребление психоактивным веществом вызывает общественное порицание. Эти механизмы снижают эмоциональную напряженность,

сопровождающую интрапсихический конфликт, позволяют больному оправдывать злоупотребление алкоголем, осуждаемое окружающими, но в то же время мешают оценить тяжесть пьянства. Некритическое отношение к злоупотреблению алкоголем распространяется на все, что так или иначе связано с пьянством. Отрицая наличие зависимости от алкоголя, больной по тем же механизмам психологической защиты отрицает и последствия пьянства, в том числе и наличие тех физических заболеваний, которые возникли после сформировавшейся алкогольной зависимости.

Основным методом воздействия на психологические защитные механизмы для преодоления некритического отношения к алкоголизму и его последствиям, в том числе к наличию серьезной соматической патологии, является целенаправленное психотерапевтическое воздействие. Позитивных сдвигов позволяют добиться методы групповой и индивидуальной психотерапии, ориентированные на личность больного.

Дальнейшее исследование механизмов и факторов, определяющих формирование различных видов анозогнозии, представляется актуальным как в теоретическом, так и в практическом отношении прежде всего с точки зрения повышения эффективности терапевтических воздействий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранова О.В. Алкогольная анозогнозия и ее преодоление в процессе лечения больных алкоголизмом / О.В. Баранова // Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2005. — 187 с.
2. Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем / Э.Е. Бехтель. — М.: Медицина, 1986. — 272 с.
3. Бокий И.В. Преодоление анозогнозии при алкоголизме в процессе групповой ПТ / И.В. Бокий, Б.М. Гузиков // Клинико-психологические исследования групповой психиатрии (при нервно-психических заболеваниях). — Л., 1979. С. 95–99.
4. Братусь Б.С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме / Б.С. Братусь. — М., 1974. — 96 с.
5. 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 медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 1993. № 2. С. 11–21.
6. Голубков О.З. Об алкогольной зависимости и анозогнозии / О.З. Голубков // Запорожский медицинский журнал. 2003. № 4. С. 85–88.
7. Карпова Э.Б. Разработка и клинико-психологическая апробация методики исследования системы отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями / Э.Б. Карпова // Дис. ... канд. психол. наук. — Л., 1986. — 190 с.
8. Лукомский И.И. Лечение хронического алкоголизма / И.И. Лукомский. — М.: Медицина, 1960. — 95 с.
9. Плоткин Ф.Б. Анозогнозия в клинике алкоголизма: патогенетические механизмы и терапевтическая тактика / Ф.Б. Плоткин, Е.А. Косырева,

Г.В. Яковенко // Вестник Белорусской психиатрической ассоциации. 2000. № 6. С. 6–12.

10. *Портнов А.А.* Клиника алкоголизма / А.А. Портнов, И.Н. Пятницкая. — Л., 1973. — 368 с.

11. *Сметанников П.Г.* Структура и механизмы алкогольной анозогнозии / П.Г. Сметанников // Материалы I съезда психиатров социалистических стран. — М., 1987. С. 494–497.

12. *Стрельчук И.В.* Острая и хроническая интоксикация алкоголем / И.В. Стрельчук. — М.: Медицина, 1973. — 384 с.

13. *Bishop D.R.* Chemical aspects of denial in chemical dependency / D.R. Bishop // Individual psychology. 1991. Vol. 47. № 2. P. 199–209.

14. *Rinn W.* Addiction Denial and Cognitive Dysfunction / W. Rinn, N. Desai, H. Rosenblatt et al. // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 2002. Vol. 14. № 1. P. 52–57.