

Психологические механизмы формирования алкогольной анозогнозии

БАРАНОВА О.В.

н.с. отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом
ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва

С применением новых методик проведено экспериментальное психологическое исследование больных алкоголизмом с целью изучения структуры алкогольной анозогнозии и поиска способов воздействия на субъективные представления больных о своем заболевании. Выявлено, что воздействие на механизмы психологической защиты с учетом особенностей внутренней картины болезни существенно повышает эффективность психотерапевтического лечения.

Одним из самых важных клинических феноменов зависимости от алкоголя является анозогнозия — отрицание больными своего заболевания. Значимость преодоления алкогольной анозогнозии определяет эффективность терапевтических мероприятий, качество и устойчивость ремиссий [3, 10].

Большинство отечественных авторов [2, 4, 6, 8], так же как и зарубежных [12—16], рассматривает алкогольную анозогнозию как результат действия механизмов психологической защиты (МПЗ) личности по отношению к осознанию психотравмирующей информации о зависимости от алкоголя. Активность МПЗ отрицательно коррелирует со степенью осознания алкогольных проблем и положительно — с не критичностью больных алкоголизмом к своему заболеванию при обострении патологического влечения к алкоголю, что создает значительные трудности для социальной адаптации наркологических больных [5].

Несмотря на то, что психологические механизмы формирования алкогольной анозогнозии изучаются давно, до сих пор не определено их значение в структуре этого феномена. Не проводилось углубленного психологического изучения представлений больных алкоголизмом о своем заболевании, лишенных искажающего воздействия психологической защиты личности. Предложенные ранее стратегии психотерапевтического лечения больных алкоголизмом, направленные на преодоление алкогольной анозогнозии, в настоящее время мало соответствуют последним достижениям науки.

Целью проведенного исследования являлся поиск способов воздействия на субъективные представления больных алкоголизмом о своем заболевании через изучение структуры алкогольной анозогнозии.

Было обследовано 133 больных алкоголизмом. По вариантам алкогольной анозогнозии больные распределились следующим образом:

больные с тотальной анозогнозией — 28 чел. (20,1%);

больные с частичной анозогнозией — 89 чел. (66,9%);

больные с осознанием заболевания — 16 чел. (12,0%).

Деление больных на группы с различными вариантами алкогольной анозогнозии проводилось в соответствии с критериями, разработанными А.К. Качаевым и В.В. Политовым (1983 г.). В основу рабочей концепции были положены полученные Э.И. Бехтелем (1986 г.), Л.И. Вассерманом с соавторами (1993 г.) и рядом других специалистов научные данные, в которых алкогольная анозогнозия представлена системой неосознаваемых или малосознаваемых механизмов психологической защиты, позволяющих личности перерабатывать различные феномены, обусловленные внутриспсихическим конфликтом. Согласно

этой гипотезе в каждой выделенной группе имеются определенные отличия в личностном реагировании на заболевание, связанное с механизмами психологической защиты.

Механизмы психологической защиты личности и структура внутренней картины болезни изучались по результатам психологического обследования. Данные теста «Индекс жизненного стиля» помогли уточнить преобладающие варианты психологической защиты личности в выделенных группах больных. Методика предельных смыслов отразила особенности мировоззрения больных. Тест репертуарных решеток Дж. Келли способствовал выявлению представлений об алкоголизме, определял состояние самооценки и ее взаимосвязь со степенью признания заболевания.

Психологическое обследование больных проводилось только после купирования как основных проявлений абстинентного синдрома, так и актуального патологического влечения к алкоголю. (Известно, что при актуализации первичного патологического влечения к алкоголю анозогнозия достигает тотального уровня у всех больных алкоголизмом).

Проведенное психологическое обследование позволило показать преобладающее влияние механизмов психологической защиты личности в формировании алкогольной анозогнозии.

По результатам обследования был определен самый ригидный и наиболее часто используемый механизм психологической защиты — отрицание. В целом для больных алкоголизмом характерны весьма разнообразные, но вполне определенные формы МПЗ, которые достаточно четко соотносятся с выраженностью алкогольной анозогнозии.

На этом основании можно выделить различные по деструктивности варианты МПЗ: отрицание и регрессия; вытеснение, замещение и проекция.

Конструктивным вариантам соответствуют компенсация и рационализация.

У многих больных с тотальной анозогнозией отсутствие критического отношения к заболеванию связано с преобладанием деструктивного типа механизмов психологической защиты. Он обусловлен действием примитивных вариантов защит, искажающих и не допускающих осознание на уровне восприятия. Мировоззрение таких больных 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 нескритичности по отношению к заболеванию.

МПЗ личности больных с частичной 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 отражает их жизнь в виде замкнутого круга, направленную исключительно на удовлетворение актуальных потребностей, представленную привычными формами поведения, отклонение от которых вызывает дискомфорт. 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, у таких больных не актуален из-за его практически полного разрешения. Это становится возможным благодаря разотождествлению 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 целей, альтернативных алкогольному — позитивных и социально-значимых. Формирование внутренней картины болезни у больных алкоголизмом происходит при снижении действия деструктивных защит с одновременным нарастанием действия конструктивных.

В психотерапевтической работе с больными полученные данные служили основным ориентиром. Они определяли выбор той или иной тактики лечения, использовались в качестве мишеней психотерапии. Воздействие на

механизмы психологической защиты с учетом особенностей внутренней картины болезни при различной выраженности анозогнозии служило существенному повышению эффективности психотерапии. Это позволяло добиваться увеличения длительности ремиссий и способствовало более качественной социально-психологической адаптации больных.

Список литературы

1. Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. — М.: Медицина, 1986. — 272 с.
2. Бокий И.В., Цыцарев С.В. Алкоголизм и самосознание личности // Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом: Тезисы докладов. — Л., 1986. — С. 352—354.
3. Братусь Б.С. Психологический анализ личности при хроническом алкоголизме: Вопросы патопсихологии. — М., 1970. — С. 127—137.
4. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. и др. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля (ИЖС): Пособие для врачей и психологов. — СПб, 1999. — 47 с.
5. Гузиков Б.М., Зобнев В.М. Анозогнозия нарколологических больных // 12 Съезд психиатров России, Москва, 1—4 нояб., 1995: Матер. съезда. — М., 1995. — С. 708—709.
6. 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. научн. трудов. — М., 1988. — С. 91—96.
7. Качаев А.К., Политов В.В. Клинические проявления анозогнозии у больных алкоголизмом: Методические рекомендации. — М., 1983. — 16 с.
8. Клубова Е.Б. Исследование структуры защитных механизмов личности у больных алкоголизмом // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. — 1991. — №3. — С. 70—71.
9. Леонтьев Д.А. Методика предельных смыслов (МПС). — М.: Смысл, 1999. — 35 с.
10. Рыбакова Т.Г. Значение преодоления алкогольной анозогнозии в профилактике рецидивов // Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях: Сб. научных трудов. — СПб., 1991. — С. 14—25.
11. Франселла Ф., Баннистер Д. Новый метод исследования личности: Руководство по репертуарным личностным личностным методикам / Пер. с англ. Под общей ред. Ю.М.Забродина и В.И.Похилько — М.: Прогресс, 1987. — 236 с.
12. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. — М.: Педагогика, 1993. — 144 с.
13. Bishop D. R. Chemical aspects of denial in chemical dependency // Individual Psychology. — 1991. — Vol. 47. — P. 199—209.
14. Kernberg O. A psychoanalytic classification of character pathology // In R. Lax, (Ed.): Essential Papers on Character Neurosis and Treatment. — N.Y.: New York University Press, 1989. — P. 191—210.
15. Lazarus R. S. The costs and benefits of denial // In S. Breznitz (Ed.): The Denial of Stress. — N.Y.: International Universities Press Inc., 1983. — P. 1—30.
16. Naugle R. I. Denial in rehabilitation: Its genesis, consequences, and clinical management // Rehabilitation Counseling Bulletin. — 1988. — Vol. 31 — P. 218—231.

THE PSYCHOLOGICAL MECHANISMS WHICH FORMING ALCOHOLIC DENIAL

BARANOVA O.V. Researcher, Serbsky National Research Centre for Social and Forensic Psychiatry, Moscow

The purpose of the research was studying of alcoholic denial structure and searching of influence ways on subjective representations of alcoholic dependence patients. The new methods of experimental psychological inspection were used. The use revealed features of an internal picture of illness and mechanisms of psychological defense helped psychotherapeutic treatment to be more effective.