

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ АНОЗОГНОЗИИ

Плоткин Ф.Б.

УЗ «Минский городской клинический наркологический диспансер»,
г. Минск, Беларусь

Практически при любом заболевании на основании ощущений и переживаний, испытываемых больным, а также имеющейся у него информации о болезни, формируется в каждом конкретном случае определенное представление о болезни и связанная с этим осознанная или подсознательная потребность ее преодоления. Это ведет к формированию программ и моделей поведения, направленных на борьбу с болезнью. Клинической проекцией этого процесса является осознание больным своего заболевания, т.е. критика. В большинстве случаев обращения за психотерапевтической помощью пациент в основном понимает наличие проблемы и активно ищет помощи. Иное дело при зависимостях, где наличествует в той или иной степени явление анозогнозии. В результате воспитания, влияния традиций, противоречивого восприятия злоупотребления алкоголем окружением, самой специфики алкогольного заболевания создаются тенденции к субъективному, нереалистическому отношению больного к своей алкоголизации [2]. При алкоголизме эффективность лечебно-профилактических мероприятий непосредственно связана с повышением сознательной активности больных в осуществлении программ терапии и реабилитации. Непонимание или отрицание болезни, недооценка тяжести ее последствий в форме социальных, психологических, психических и соматических расстройств представляет серьезное препятствие для привлечения больных к лечению и усложняет проведение как психотерапии, так и медикаментозного лечения, затрудняет формирование установки на трезвость.

Применительно к алкоголизму анозогнозия понимается как непризнание больным факта зависимости от алкоголя, игнорирование очевидных признаков заболевания, препятствующие своевременному обращению за медицинской помощью и ведущие к отказу от противоалкогольного лечения. Нарушения осознания болезни относятся к числу ключевых проявлений заболеваний, обусловленных приемом психоактивных веществ. Важность клинической оценки и учета особенностей осознания болезни определяется многими обстоятельствами. Во-первых, осознание болезни – это тонкий индикатор сохранности личности, на этом основании делают заключение о состоянии критических способностей пациента. Во-вторых, специфика нарушений осознания болезни определяет особенности проведения психокоррекционной и психотерапевтической работы при наркологических заболеваниях. В-третьих, осознание болезни имеет прогностическое значение в отношении эффективности лечения и устойчивости достигнутых терапевтических ремиссий. Чем более выражены нарушения осознания болезни, тем ниже вероятность формирования положительных установок на полный отказ от употребления психоактивных веществ, хуже качество и устойчивость ремиссий [5]. Формирование алкогольной анозогнозии по мере прогрессирования процесса имеет свою динамику. Обычно к началу второй стадии алкоголизма мысли о болезни временами проникают в сознание, но тут же вытесняются. В последующем такие подозрения сохраняются дольше. Этому в значительной степени способствует состояние соматопсихического дискомфорта при прекращении по той или иной причине алкоголизации. К середине второй стадии мысли о болезни порождают личностный конфликт и идеи ущербности «я», но не декларируются, хотя внутренняя картина болезни уже сформирована, в глубине души больной уже знает, что он болен, что он алкоголик. Мысли о заболевании резко усиливаются в состоянии отмены, заставляя искать помощи врача, хотя и несколько тускнеют в периоды ремиссий, притупляя бдительность больного. При актуализации патологического влечения к алкоголю анозогнозия достигает максимального уровня.

Различают две разновидности алкогольной анозогнозии: реактивную (с участием механизмов психологической защиты) и энцефалопатическую (имеющую в своей основе органический радикал). Стержневым элементом в структуре алкогольной анозогнозии являются механизмы психологической защиты личности. 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 анозогнозии скорее связана с нежеланием понять болезненный характер злоупотребления, а не с неспособностью сделать это [4]. Включение механизмов психологической защиты при алкоголизме предохраняет личность от проникновения информации, способной дестабилизировать «Я», снизить самооценку и самоуважение, позволяет сохранить привычный и приемлемый для личности модус поведения, не вводя его в конфликт с общепринятыми нормами, общественной моралью. Однако, обеспечивая психологическую защиту, указанные механизмы затрудняют проникновение в сознание мысли о чрезмерности пьянства. Важно помнить, что включение психологических защитных механизмов осуществляется на подсознательном уровне и не зависит от волевых усилий человека. Энцефалопатическая анозогнозия у больных в исходной стадии заболевания при наличии энцефалопатии не только токсического, но и нередко дисциркуляторного и посттравматического генеза оставляет мало надежд на возможную коррекцию неправильной оценки больным своей болезни.

Еще при первичном обращении проявления алкогольной анозогнозии и степень ее выраженности должны быть идентифицированы терапевтом. При этом необходимо помнить, что в ряде случаев слова больного о том, что он алкоголик и что ему нужно лечиться, вовсе не означают, что имеется критическое отношение к болезни. Такое формальное признание нередко является лишь способом уйти от социальных санкций или наличием у больных рентных установок. В недалеко зашедших стадиях заболевания при активации механизмов психологической защиты наблюдается три типа аргументации, которые больные часто используют, отказываясь от лечения [3].

1. Уверенность в собственной исключительности. Больной воспринимает объяснения терапевта, касающиеся алкогольных проблем, как совершенно верные в отношении других, себя же самого считает при этом исключением. Этот механизм психологической защиты по-человечески понятен. Например, курильщик допускает, что курение является фактором риска онкологических заболеваний, но подсознательно уверен, что сам он раком не заболеет. Больной алкоголизмом часто бывает убежден, что он является слишком сложной и нестандартной личностью, чтобы быть «обычным алкоголиком». При этом он ищет подтверждений в пользу своей «особенности», стремясь доказать, что бесспорные аргументы терапевта как раз в его случае недействительны. За этой защитной аргументацией кроется преувеличенно эгоцентрическое, часто истерически романтизированное представление о самом себе и идеализация собственной личности.

2. Отнесение аргументов врача в область теории. Больной считает их теоретически верными, но, по его мнению, «на практике все является другим» и теоретические конструкции терапевта нельзя применять в жизни. Такая «философия» больного алкоголизмом часто связана с отношением к врачу как к человеку, у которого благие намерения, но он не в состоянии постичь действительность. Объяснения терапевта воспринимаются в таких случаях лишь как возможность поучить больного в мелочах, но не изменить его поведения в целом.

3. Отсрочка восприятия доводов терапевта. Больной только формально принимает аргументы терапевта, но отказывается окончательно согласиться с ними в настоящий момент. Он использует формулировку «наверное, вы правы, но у меня сейчас столько других более важных проблем, которые я должен решить, а этим я буду зани-

маться потом». Отсрочка также является одним из универсальных противотревожных маневров больных. Но проблема остается нерешенной и является источником длительного конфликта, который может быть основой для следующей отсрочки; последняя закрепляется и становится, таким образом, весьма неадаптивным приемом защиты.

Больные алкоголизмом часто откладывают элементарные решения, как, например, начало воздержания: «сегодня еще выпью, а с завтрашнего дня ни капли». При предъявлении более серьезных рационально-терапевтических требований больные как бы откладывают их осмысление на потом: «сегодня я вас не могу воспринять, я слишком не собран». Терапевт должен быть внимательным, чтобы отличить отсрочку как проявление сопротивления лечению от состояния, являющегося следствием действительной неспособности больного сотрудничать, например, при тяжелом абстинентном синдроме, при алкогольной депрессии с реальными расстройствами внимания и критики и т.п. Отсрочка как аргумент защиты может быть иногда причиной кризиса в лечении алкоголизма: у больного имеется адекватный гипотетический взгляд на самого себя, но он отказывается от каких-либо реальных действий («Да, злоупотреблять алкоголем – это плохо, знаю это, и я должен буду что-нибудь сделать»). Эти типы защитной аргументации, наблюдаются не только в процессе рациональной психотерапии, но и при внутреннем диалоге больного с самим собой, т.е. при попытках больного рационально объяснить свое поведение с помощью самоанализа.

Вышеуказанные приемы защитной аргументации можно различить, когда больной их ясно выражает. В других случаях это сделать непросто, и здесь терапевт должен определить возможное наличие и степень алекситимии [3].

Успешная рациональная психотерапия предполагает постепенное раскрытие неадаптивного поведения больного. С одной стороны, врач должен распознать все приемы защитной аргументации больного, с другой – в процессе психотерапевтического воздействия убедить его в неадаптивности этих приемов и добиться сознательного отношения к необходимости проведения лечения и воздержания от приема спиртного. Следует заметить, что принятие пациентом решения о воздержании на какой-то период времени и его успешная реализация являются одним из важнейших критериев оценки своих личностных (в первую очередь, волевых и нравственных) качеств, и сопровождается повышением самооценки. Лишь после проработки в процессе рациональной психотерапии у зависимого пациента связанных с осознанием своей болезни проблем можно переходить к другим формам и методам лечения.

Литература

1. Молчан Я., Флайшер Й., Чаплова Т. Некоторые трудности, связанные с проведением рациональной психотерапии больным алкоголизмом. // I съезд психиатров социалистических стран. – М.–1987. – С. 477–479.
2. Павлов И.С. Клинико-психотерапевтические основы алкогольной зависимости // Вопр. наркологии. – 2011. – № 1. – С. 111–128.
3. Плоткин Ф. Б. Алекситимия как фактор формирования и поддержания аддикции // Наркология. – 2009. – № 10. – С. 85–92.
4. Понизовский П.А. Алкогольная и соматическая анозогнозия у больных алкогольной зависимостью // Вопр. наркологии. – 2008. – № 4. – С. 55–64.
5. Руководство по аддиктологии / Под. ред. проф. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.