

Структура и динамика отношения наркологических больных к болезни и лечению

ДЕМИНА М.В.

к.м.н., с.н.с. отделения психотерапии, Национальный научный центр наркологии, Москва

Нарушение сознания болезни представляет собой имманентный психопатологический симптомокомплекс в клинической картине наркологических заболеваний, тесно спаянный с синдромом патологического влечения. По своим патогенетическим механизмам нарушение сознания болезни как компонент нарушения самосознания близко к явлениям деперсонализации и синдрому отчуждения.

Введение

Вопрос об участии личности в формировании, течении и исходах наркологических заболеваний имеет концептуальное значение, являясь предметом пристального изучения, обсуждения и дискуссий со времени выделения наркологии в самостоятельную отрасль медицинской науки [1—4, 7—10]. Целостного представления об участии личности в формировании, разворачивании и течении патологической зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) невозможно составить без глубокого анализа «внутренней картины болезни» [12, 13, 27] — осознания больным собственной болезни и его позиции по отношению к заболеванию и лечению. Нарушение критической самооценки и отрицание болезни у больных алкоголизмом общеизвестны [14, 17, 18, 20, 22].

В конечном итоге успех или неуспех всех усилий наркологической службы определяется тем, кого она имеет в лице больного — или сотрудника, помогающего в лечебной работе, или же более или менее скрытого противника, сопротивляющегося врачу во всех его действиях. Все терапевтические и реабилитационные мероприятия будут иметь различное значение и дадут различный эффект в зависимости от одной из этих двух установок. Трудно лечить больного, не желающего быть здоровым [16, 23, 24, 29—31, 34], поэтому именно «терапевтический негативизм» является, по нашему мнению, главной причиной недостаточной эффективности наркологического лечения. Разумеется, и решение правовых вопросов добровольного или недобровольного лечения наркологических больных окажется заведомо обреченным на провал, если будет вестись без знания реальной клинической специфики — особенностей «внутренней картины» наркологического заболевания [33—35].

Однако, несмотря на то, что констатация нарушения сознания болезни у больных алкоголизмом и наркоманией уже давно стала хрестоматийной [26—28], до настоящего времени не изучены до конца феноменологическое содержание и эволюция этого сложного клинического явления. Практически не освещен клинико-динамический аспект «внутренней картины болезни». Не выработаны и методологические подходы к построению медицинской тактики, направленной на коррекцию нарушенного сознания болезни и формирование лечебной установки. Указанные обстоятельства свидетельствуют об актуальности более глубокого исследования феноменологии и динамики отношения больных алкоголизмом и наркоманией к своей болезни и лечению.

Цели исследования

1. Изучение семиотики и феноменологии (клинических вариантов) нарушений сознания болезни и отношения к лечению у наркологических больных.

2. Изучение закономерностей и факторов структурирования «внутренней картины болезни» при алкоголизме и наркомании.

3. Выявление и изучение динамических характеристик феномена нозогнозии во взаимосвязи с эволюцией синдрома патологического влечения на различных этапах заболевания.

Материал и методы исследования

Путем сплошной выборки были исследованы две группы больных (все мужчины), находившихся на лечении в ННЦ (ранее — НИИ) наркологии МЗ России в 1999—2003 гг. Первую составили 100 больных героиновой наркоманией в возрасте от 18 до 39 лет (средний возраст $24,5 \pm 1,4$ года), употреблявшие наркотики внутривенно, с длительностью сформированной зависимости не менее 2 лет. К моменту начала исследования у 63 больных госпитализация была первичной, 37 уже неоднократно лечились в стационаре ранее. Поводом для госпитализации у подавляющего большинства из них (92%) были состояния «наркотической усталости» и нарастающие абстинентные расстройства; лишь 8% больных обращались за стационарной помощью вне состояний острой отмены для купирования патологического влечения. Вторую составили 100 больных хроническим алкоголизмом в возрасте от 20 до 45 лет (средний возраст $25,6 \pm 1,6$ года) с длительностью сформированной зависимости не менее 3 лет. Первично госпитализированных было 56, ранее лечились 44. Все больные второй группы поступали в стационар после длительной интоксикации и с острыми явлениями отмены. Данные катamnестических наблюдений продолжительностью не менее 2 лет получены на 57 больных первой и 65 больных второй группы.

В дополнение к основному, клинико-психопатологическому, методу исследования для формализованной оценки клинических данных на больных заполнялась специально составленная карта исследования, базирующаяся на ряде широко апробированных отечественных и иностранных структурированных клинических опросников: «Методике для психологической диагностики типов отношения к болезни» (А.Е. Личко и сотр., 1987); «Шкале отношения к болезни» — Illness Attitude Scale (IAS) (1995, США); «Опроснике отношения к выздоровлению и оценке лечения» — Recovery Attitude and Treatment Evaluator Questionnaire I (RAATE Q-1) (1995, США).

Изучались такие клинические признаки, как: общее признание или отрицание наркологической болезни; адекватность и полнота нозогнозии; субъективный отчет больного о причинах помещения в наркологическую клинику; реальная и субъективная позиция больного по отношению к лечению; ретроспективная оценка больным

начала и формирования своего заболевания; оценка больным собственного состояния в процессе лечения; диссимуляция болезни; оценка больным результатов лечения. Формализованная оценка этих признаков проводилась в динамике на следующих этапах болезни: I — при поступлении до начала лечения; II — на момент максимальной выраженности абстинентной симптоматики; III — по завершении острого периода абстинентного синдрома; IV — в постабстинентном периоде; V — в ремиссии. На этих же этапах болезни проводилось исследование больных по шкале скрытой тревоги.

Клинические признаки, характеризующие отношение больного к своему наркологическому заболеванию, сопоставлялись на всех этапах болезни с основными структурно-динамическими проявлениями стержневого синдрома — патологического влечения — феноменологическим содержанием, актуализацией, редукцией.

Результаты исследования

В ходе исследования мы прежде всего попытались получить ответ на следующие вопросы:

Какие симптомы наркологических болезней больными отрицаются наиболее часто и стойко, а какие симптомы, напротив, более легко признаются больными в качестве патологических и определяют согласие на лечение?

На каких этапах течения наркологического заболевания облегчается или напротив, затрудняется «терапевтическое сотрудничество»?

Какие психопатологические симптомы в наибольшей мере определяют «терапевтический негативизм» больного?

Что способствует регрессу этих психопатологических симптомов и может послужить патогенетически обоснованному подбору средств преодоления «терапевтического негативизма»?

Анализ полученных данных показал, что отношение наркологического больного к своей болезни и лечению представлено несколькими, достаточно дифференцированными, клиническими феноменами, претерпевающими существенные изменения в соответствии с видом пристрастия, этапом, типом течения и продолжительностью болезни, возрастом больных, а также совокупностью лечебных факторов. Изменение отношения к болезни и лечению наиболее иллюстративно показывает динамика клинической картины от момента госпитализации до начала становления ремиссии.

На первом этапе исследования — в момент обращения в клинику — вариантами отношения к болезни по убывающей частоте были: признание самого факта заболевания — 85% больных наркоманией (I группа) и 75% больных алкоголизмом (II группа); признание наркологического заболевания (65 и 48%); признание болезни, но не наркологической (20 и 27%); отказ от болезни (15 и 25% соответственно). Характерно, что среди пациентов II группы менее половины называли себя больными алкоголизмом, хотя и признавали наличие «неприятных проблем, связанных с запоем» и необходимость снятия интоксикации. Поводом для обращения за стационарной помощью подавляющее большинство больных алкоголизмом (94%) называло необходимость улучшения физического и психического («лечение нервов», «нормализацию сна») состояния. У больных наркоманией основным мотивом обращения называлась непереносимость ПАВ (наркотическая усталость); на нее указали также 94% поступающих

на лечение больных. Данные 94% больных каждой группы обнаруживали развернутый синдром патологического влечения с присутствием высоконапряженного сверхценного аффекта и поведенческой составляющей (прием последней дозы героина или алкоголя перед поступлением, попытки пронести алкоголь или наркотики в клинику). Аффективный фон у всех этих больных характеризовался тревожно-дистимическими нарушениями различной глубины. Необходимость избавления от патологического влечения отметили лишь 6% больных наркоманией и алкоголизмом. Показательно, что эти последние поступали на лечение вне опьянения или одурманивания, без соматовегетативных проявлений абстинентного синдрома. Синдром патологического влечения у указанных 6% больных каждой группы исчерпывался лишь идеаторными компонентами без аффективных и поведенческих составляющих. Уровень скрытой тревоги был низким.

На втором этапе исследования — в момент наибольшей выраженности абстинентных расстройств — структура внутренней картины болезни в обеих группах больных в основном определялась глубиной общей астении и тяжестью соматических и вегетативных компонентов абстинентного синдрома. Приблизительно две трети больных в каждой группе объективно обнаруживали среднюю и глубокую тяжесть постинтоксикационной астении. Круг симптомов, признающихся этими пациентами в качестве проявлений болезни, по их убывающей частоте включал следующие. Все больные обеих групп признавали соматические и психические (в форме раздражительности, бессонницы, плохого настроения) последствия длительной интоксикации. Соматические и вегетативные компоненты абстинентного синдрома назвали 45% больных первой и 82% больных второй группы. Психопатологические компоненты абстинентного синдрома (в первую очередь, бессонницу и пониженное настроение) идентифицировали 68% больных I и 55% больных II группы. Влечение к ПАВ в форме эмоциональных расстройств могли обозначить как болезненное 22% больных I и 18% больных II группы. Аффективный фон у этих больных характеризовался тревожными и дистимическими проявлениями, глубина которых по сравнению с моментом поступления практически не менялась. Поведенческие компоненты синдрома патологического влечения включали попытки добиться получения наркотика (алкоголя), требования немедленной выписки, попытки побега из клиники, провоцирование конфликтов, требования дополнительных назначений. Осознанное же влечение к ПАВ в этот период отнесли к проявлениям болезни лишь 14 и 10% больных соответственно.

У одной трети больных в каждой группе явления астении были менее глубокими, а соматические, вегетативные и болевые (в I группе) компоненты абстинентного синдрома выражены незначительно. Проявлениями болезни здесь в основном назывались диссомнические расстройства, однако жалобы на бессонницу не доминировали в беседах. Патологическое влечение на идеаторном уровне в виде «непостоянных мыслей о героине» констатировалось у 15% больных I группы.

На третьем этапе исследований — по завершении острых явлений абстинентного синдрома — внутренняя картина болезни у пациентов обеих групп начинала определяться тенденциями диссимулировать болезнь. Сознательные или бессознательные попытки скрыть болезнь в той или иной мере были присущи практически всем боль-

ным. Вариантами диссимуляции были: тотальное отрицание; частичное отрицание; рационализация; приуменьшение; отнесение к прошлому; экранирование алкоголизма или наркомании другой патологией. В большинстве случаев у одного больного можно было отметить несколько подобных вариантов. «Выбор» того или иного варианта диссимуляции в значительной мере отражал индивидуальные личностные свойства пациента, его интеллектуальные возможности и степень его деградации. И само исполнение диссимулятивного поведения также обнаруживало значительные индивидуальные колебания. Правдоподобное, последовательное диссимулятивное поведение, использующее в основном «рационалистические» объяснения и отнесение болезни к прошлому, отмечено у 22% больных I и у 18% II группы. Более упрощенное, не всегда постоянное, реализующееся по типу отрицания и приуменьшения было присуще подавляющему большинству исследованных больных обеих групп (67 и 62% соответственно). «Потеря меры» в утверждениях о полном восстановлении здоровья была свойственна 11% больных I группы (вплоть до «мгновенного выздоровления» от наркомании на 2–3-й день пребывания в клинике) и 20% больных II группы. Среди больных наркоманией подобное поведение было свойственно наиболее примитивным инфантильным субъектам, а среди больных алкоголизмом — лицам с выраженными явлениями психоорганического снижения.

Четвертый этап исследований, проводившийся в постабстинентном периоде, позволил более дифференцированно оценить такую важную составляющую внутренней картины болезни, как отношение больных наркоманией и алкоголизмом к лечению. Отношение к лечению оценивалось комплексно: на основе наблюдений врачей и среднего медицинского персонала, а также на основе субъективных самоотчетов больных.

Объективно можно было отметить такие основные позиции больных, как: желание лечиться, безразличие к лечению; пассивный протест против лечения; активное сопротивление лечению.

Реальную готовность и желание лечиться обнаруживали лишь 12% больных I и 19% II группы. Безразличие к лечению можно было констатировать у большей части больных обеих групп (52 и 58%). Пассивный протест против лечения (отношение по типу «итальянской забастовки» — согласны быть в больнице, но не избавляться от своего пристрастия) обнаруживали 15 и 13% соответственно. Активное сопротивление лечению постоянно демонстрировали 21% больных первой и 10% второй группы. Доверие к предложенному лечению можно было отметить у 72% больных I и 81% больных II группы, т.е. даже у части тех больных, которые пытались избежать тех или иных назначений. Попытки навязать свое лечение были довольно частым явлением: они отмечались у 45% больных I и 35% больных II группы. Отбор лишь негативных данных о лечении был свойственен 32% больных I и 15% больных II группы.

В субъективных отчетах больных об эффективности лечения по убывающей частоте фигурировали следующие основные составляющие. На первое место успех лечения в виде восстановления соматического состояния ставили 78% больных I и 82% больных II группы. Динамика сна как основной эффект лечения отмечался у 75 и 80% больных. Положительная динамика эмоционального фона — 35 и 42%. Сглаживание патологического влечения на вер-

тельном уровне отмечалась всеми больными. Однако лишь 20% больных I и 23% больных II группы считали его основным успехом лечения.

На пятом этапе исследования — в период становления ремиссии — внутренняя картина болезни как у большинства больных наркоманией, так и у большинства больных алкоголизмом не претерпевала существенных изменений по сравнению с постабстинентным периодом.

Соматическое улучшение субъективно оценивали как основной эффект лечения 82 и 85% больных. Улучшение психического состояния в виде нормализации сна и настроения — 78 и 80% больных. Оценка изменений патологического влечения — те же 20 и 23% больных.

В то же время, на фоне соматического восстановления, стабилизации аффективной сферы больных и заметной дезактуализации их патологического влечения наиболее отчетливо проявились особенности когнитивной составляющей внутренней картины болезни. Прежде всего, обращала на себя внимание крайне слабая тенденция больных обеих групп к познанию собственной болезни. Активное стремление к познанию собственной болезни отсутствовало полностью у подавляющего их числа — 69 и 59% соответственно. Признание болезни на основе ее чувственного переживания (соматических и болевых расстройств при формировании абстинентного синдрома) появлялось у 73% больных наркоманией и 64% больных алкоголизмом. На основе формально-логических заключений признавали себя больными соответственно 18 и 26% пациентов.

Переживание болезни как глубокой внутренней трагедии встречалось наиболее редко (у 7% больных I и 8% больных II группы). Индифферентно-пассивное отношение к происходящим изменениям было преобладающим — у 71 и у 75% больных соответственно. Положительное отношение к факту болезни («болезнь как благо: болен наркоманией, значит не нужно решать никаких жизненных проблем», «good grief» американских авторов, элементы бравады, своеобразного любования болезнью) обнаруживали 22% больных наркоманией и 17% больных алкоголизмом.

Заключение

На основании изучения структуры и динамики отношения больных наркоманией и алкоголизмом к своей болезни и лечению можно сделать вывод, что патологическая зависимость от ПАВ является самостоятельным процессуальным психическим заболеванием, для которого нарушение сознания болезни и адекватной самооценки представляет собой имманентный психопатологический феномен. Его нельзя рассматривать как проявление «психологической защиты», поскольку он тесно вплетается в доминантную сверхценную структуру синдрома патологического влечения и в своей эволюции полностью коррелирует с ее динамикой. Угасание сверхценной доминанты ведет к восстановлению сознания болезни, а актуализация — к нарушению.

А это означает, что возможности психологической трактовки самооценки потребителя ПАВ и отношения к ним ограничиваются лишь доклиническим этапом. В стадии болезни отношение к алкоголю и наркотикам суть выражение уже качественно новых клинических закономерностей, адекватных лишь клинко-психопатологическому анализу. Существуют прямые корреляции напряженности патологического влечения и степень наруше-

ний сенсорных, когнитивных и аффективных компонентов во внутренней картине болезни при наркотической и алкогольной зависимости в периоды актуализации синдрома патологического влечения, в динамике абстинентного синдрома и в периоде становления ремиссии.

Активность сверхценной доминантной структуры синдрома патологического влечения при алкоголизме и наркомании обуславливает недостаточность идеаторных процессов, отсюда — и когнитивного компонента внутренней картины болезни. Ведущая роль в формировании внутренней картины болезни на различных этапах течения наркологических заболеваний принадлежит аффективным расстройством тревожно-дистимического спектра. Исходя из этого, можно согласиться с предположением ряда исследователей, что по своим патогенетическим механизмам нарушение сознания болезни как компонент нарушения самосознания близко к явлениям деперсонализации и синдрому отчуждения [5, 15, 19, 27, 36]. Тем самым открывается возможность целенаправленного поиска путей психофармакологической коррекции внутренней картины наркологической болезни.

Список литературы

1. Андрианов А.А. //Акт. вопр. наркологии. — М., 1990. — С. 16—18.
2. Банщикова В.М., Мизрухин И.А., Фрумкин Я.П. // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова, 1968. — Т.68, № 6. — С. 871—875.
3. Гузиков Б.М., Мейроян А.А., Зобнев В.М. // Тр. V Всерос. съезда неврол. и психиатр. — М., 1985. — Т. 2. — С. 45—47.
4. Зенченко Е.И., Игонин А.Л. // Алкоголизм (клинико-терапевтические, патогенетические и судебно-психиатрические аспекты). — М., 1981. — С. 99—107.
5. Ильина Н.А. //Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова, 1999. — Т.99, №7. — С. 21—26.
6. Калмыкова М.А., Петракова Т.И. // Лечение и реабилитация больных с пограничными нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. — М., 1988. — С. 91—97.
7. Качаев А.К., Политов В.В. // Клиника и патогенез алкогольных заболеваний. — М., 1984. — С. 164—170.
8. Колесов Д.В. Эволюция психики и природа наркотизма. — М.: Медицина, 1991. — 312 с.
9. Кржечковский А.Ю. //Актуальные вопросы наркологии. — М., 1990. — С. 146—147.
10. Кузьминов В.Н. // Проблемы экстремальной психиатрии. Материалы научно-практической конференции “Платоновские чтения”. — Харьков, 2000. — С. 162—163.
11. Личко А.Е. (ред.) Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (методические рекомендации). — Л., 1987. — 28 с.
12. Лурья Р.А. “Внутренняя картина” болезни и ятрогенные заболевания. Изд. 4-е. — М.: Медицина. — 1977. — 112 с.
13. Маколкин В.И., Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Овчаренко С.И., Дробижев М.Ю., Тхостов А.Ш. //XII съезд психиатров России. — М., 1995. — С. 254—255.
14. Махова Т.А. // Вопросы психологии. — 1988. — №1. — С. 154—158.
15. Меграбян А.А. Личность и сознание (в норме и патологии). — М.: Медицина, 1978. — 176 с.
16. Меньшикова Е.С., Ерофеева В.Г. //Вопросы психологии. 1989. — №2 — С. 46—51.
17. Нелидов А.Л. Осознание болезни при алкоголизме (клинические и клинико-психологические аспекты): Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — СПб., 1992. — 149 с.
18. Новиков Ю.А., Гульдан В.В. //Патогенез, клиника и лечение алкоголизма. — М., 1976. — С. 203—205.
19. Нуллер Ю.Л. // XIII съезд психиатров России. Материалы. — М., 2000. — 190 с.
20. Познанский А.С. // Всерос. съезд неврол. и психиатр. Тез. докл. Т.3. — М., 1974. — С. 267—269.
21. Политов В.В. Клинические проявления анозогнозии у больных алкоголизмом: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 1981. — 25 с.
22. Сметанников П.Г. // Съезд психиатров социалистических стран. — М., 1987. — С. 494—497.
23. Смирнов О.Г. Состояние самосознания больных и его влияние на эффективность лечебно-восстановительных мероприятий при алкоголизме (клинико-статистическое исследование): Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — Новосибирск, 1987. — 24 с.
24. Смулевич А. Б. и др. // Журнал невролог. и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1997. — Т. 97, №2. — С. 4—11.
25. Тхостов А.Ш., Грюнталь Н.А., Елшанский С.П. // Вопросы наркологии. — 2001. — № 5. — С. 52—59.
26. Цилии Е.И. // Вопросы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. — М., 1993. — С. 171—173.
27. Шевалев Е.А. // Советская психоневрология. — 1936. — №4. — С. 19—33.
28. Янков Л.П. // XII съезд психиатров России. — М., 1995. — С. 862—863.
29. Allan C.A. // J. Nerv. Ment. Dis. 1991. — Vol. 179, №10. — P. 620—625.
30. Amodeo M., Kurtz N.R. // Subst. Use Misuse, 1998. — Vol. 33, №8. — P. 1591—1610.
31. Avia M.D. // J. Psychosom. Res., 1999. — Vol. 47, №3. — P. 199—204.
32. Duffy J.D. // Can. J. Psychiatry, 1995. Vol. 40, №5. — P. 257—263.
33. Dukanovic B. // Med. Arch., 1996. — Vol. 50, №1—2. — P. 41—43.
34. White R., Le Van D., McDuff D. // Md. Med. J., 1995. — Vol. 44, №6. P. 462—466.
35. Wing D.M. // Image J. Nurs. Sch. 1995. — Vol. 27, №2. — P. 121—126.
36. Wiseman E.J., Souder E., O’Sullivan P. // Psychiatr. Serv. 1996. — Vol. 47, №3. — P. 306—308.
37. Zaretsky A.E., Fava M., Davidson K.G. // Can. J. Psychiatry, 1997. — Vol. 42, №3. — P. 291—297.

PURPORT AND EVOLUTION OF ADDICTS' ATTITUDES TOWARD THEIR ILLNESS AND TREATMENT

DEMINA M.V. MD, PhD., Senior Research Assistant
of National Center on Addiction Research, Moscow

Alcoholics' and addicts' propensity for denial and awareness deficits present challenges to recovery and barriers to the rehabilitation process. Impaired insight in drug/alcohol addiction, may be generally attribute to their immanent pathological mental processes, but not only to “psychological defense”.