

Когнитивный диссонанс как причина нестабильности ремиссий при алкогольной зависимости

ПЛОТКИН Ф.Б.

к.м.н., Минский городской наркологический диспансер, Беларусь; e-mail: felplotkin@tut.by

Приводятся устойчивые алгоритмы принятия решений в норме и особенности этого процесса у аддиктивных пациентов, в том числе и вызванные кататимными искажениями приема и переработки информации. Указаны некоторые особенности менталитета пациентов, предопределяющие выбор ими преимущественно патерналистских методов терапии. Описаны механизмы процесса принятия решений при наличии альтернативных вариантов. Раскрывается сущность концепции когнитивного диссонанса, объясняющего влияние на феномены человеческого поведения когнитивных факторов. Приведены субъективно позитивные психотропные эффекты этанола, проясняющие причины его употребления индивидами. Обосновывается необходимость детальной проработки с пациентом в процессе психотерапии имеющихся у него противоречивых потребностей и получаемых дивидендов от реализации таких же противоречивых решений. Подчеркивается значимость выявления коморбидной патологии у аддиктов. Ключевые слова: аддикции, принятие решений, когнитивный диссонанс, психотерапия.

Забавно представить себе человеческий дух колеблющимся между двумя равными по силе желаниями. Он, несомненно, никогда не сможет принять решение, ибо склонность и выбор предполагают неравенство в оценке предметов.
М. Монтень [26]

Человек обладает свободой и ответственностью, а возможность выбора составляет основу человеческого существования.
К. Роджерс [34, с.109]

Обращение зависимого от алкоголя пациента за медицинской помощью всегда является результатом принятого им по той или иной причине решения о прекращении злоупотребления. Вообще, в процессе принятия решений различают несколько этапов.

Первый этап — формирование целей и задач. Обычно всякий человек формирует свои цели после того, как появляется установка на разрешение некой проблемной ситуации. Для этого выясняется обстановка, изучаются аналогичные случаи, проводится их анализ.

Второй этап рассматриваемого процесса — выработка вариантов возможных действий. Это наиболее творческий и важный момент принятия решения.

Третий этап — это выбор предпочтительного варианта. Здесь требуется умение прогнозировать, оценивать альтернативы в их различных аспектах, а затем сводить все данные вместе, чтобы определить оптимальное решение.

Последний этап на пути принятия решения — создание предпосылок для осуществления выбранного варианта, тщательная и фундаментальная подготовка реализации намеченных действий.

Характеризуя процесс принятия решений, Ролло Мэй отмечает, что «...познавание всегда предполагает решение (например, выбор, который вы собирае-

тесь совершить)... Решение всегда содержит некий элемент, который не только не предопределен внешней ситуацией, но даже не дан (курсив Р. Мэя) в ней; решение предполагает скачок, случайность, движение «Я» в направлении, которое невозможно до конца предвидеть перед этим скачком. И, оказавшись в этой новой ситуации, зрелый человеческий индивид (т.е. тот, кто не зависит от жестких ограничений, налагаемых невротической компульсивной моделью поведения) готов принять новый взгляд, новое «решение»... Я убежден, что процесс формирования решения присутствует в каждом акте осознания» [27].

«Накопленный жизненный опыт, прошлое личности, — считает В.Ю. Завьялов, — находит свое отражение в системе жизненных обобщений, выводов, определенных правил, которым человек следует. В эту систему входят также способы оценки текущих событий в окружающем мире и в себе самом, способы репрезентации (представления во внутреннем психологическом пространстве) и планирования будущего, результатов своей деятельности. Все это как неразрывное целое составляет так называемую референтную структуру опыта и «личностные конструкты», с помощью которых человек мыслит и контролирует собственное поведение» [16].

«Равно в смысле техническом, биологическом, как и психологическом, — подчеркивает А. Кемпински,

— решение требует значительных затрат энергии. В электронных машинах большая часть энергии расходуется на выработку «решения», а сам сигнал использует минимальные количества энергии. Человеческий мозг использует около пятой части всей энергии, потребляемой организмом. Миллиарды нервных клеток, из которых состоит мозг, используют этот огромный запас энергии, главным образом, на формирование «решения». (Из сотен нервных импульсов, которые непрерывно поступают к отдельной нервной клетке, она должна сформулировать свое собственное «решение», репродуцировать собственный нервный импульс и переслать его дальше). Из собственного опыта известно, сколь трудными бывают решения в жизни человека, сколько вызывают колебаний, беспокойства, внутренней борьбы, как часто бывают причиной чувства вины. В основе неврозов нередко лежит невозможность принятия решения (не всегда при этом речь идет о сознательных решениях, так называемых волевых актах, но чаще о бессознательных, например в случаях противоположных эмоциональных установок)» [19].

Впрочем, об этом писал еще А. Шопенгауэр: «Ведь интеллект узнает решения воли только а posteriori и эмпирически, поэтому, когда ему предстоит выбор, у него нет данных о том, какое решение примет воля. Ибо умопостигаемый характер, в силу которого при данных мотивах возможно только одно (курсив А. Шопенгауэра) решение и потому решение необходимое, не познается интеллектом, а постепенно, своими отдельными актами ему становится известен лишь эмпирический характер. Вот почему познающему сознанию (интеллекту) кажется, будто в каждом данном случае для воли одинаково возможны два противоположных решения... Обыкновенно в пользу одного решения говорят дальновидные разумные соображения, а в пользу другого — непосредственная склонность. Пока мы поневоле остаемся пассивными, кажется, что сторона разума берет перевес; но мы заранее предвидим, как сильно будет тянуть к себе другая сторона, когда представится случай к действию. До тех же пор мы усердно стараемся холодным рассуждением *pro* и *contra* полностью высветить мотивы обеих сторон, чтобы каждый из них мог воздействовать на волю всей своей силой, когда придет решительный момент, и чтобы какая-нибудь ошибка интеллекта не склонила волю принять иное решение, нежели то, какое она выбрала бы, если бы все воздействовало на нее равномерно... Интеллект может при этом лишь ярко и всесторонне высветить особенности мотивов, но он не в силах определить самую волю, ибо она совершенно недоступна для него и даже, как мы видели, непостижима» [48].

О роли бессознательных механизмов в процессе принятия решений рассуждает А. Тихомиров: «Человек является сознательным существом в том смысле, что его центр принятия решений находится под контролем сознания. Дух же и эго управляют человеком косвенно, с помощью импульсов, которые человек воспринимает как желания (осознанные, или не совсем, или не осознанные) или запреты (также осознанные или нет)... Проблема заключается, в частности, в том, чтобы разобраться в своих внутренних импульсах не вообще, а в каждой конкретной ситуации, в которой часто интересы человека и окружающих сильно связаны, перепутаны и основную роль, как всегда, играет не внешняя канва событий, а подсознательные мотивы, оценки и устремления. Парадоксальность положения вещей заключается в том, что сознание, осуществляющее принятие решений, видит очень малую часть реальной ситуации, хотя может, конечно, тешить себя иллюзией, что это не так, а подсознание и дух видят и знают все, но на принятие решений могут воздействовать лишь косвенно. Воздействие это происходит не только до принятия решения, но и после. Как дух, так и эго обладают определенными возможностями поощрения и наказания, и очень важно различать, откуда идет соответствующее воздействие. Влияние подсознания на сознание происходит обычно довольно тонким образом. Подсознание никогда не бывает заинтересовано в том, чтобы обнаружить свое присутствие. Оно всегда склонно создать сознанию иллюзию, что его (подсознания) — нет, а есть только оно, сознание, да еще иногда непонятно откуда возникающие желания и нежелания, а откуда они берутся — это неважно, не имеет значения... У каждого живого существа имеется некоторый центр, принимающий решения относительно дальнейшего поведения, т.е. включающий ту или иную программу подсознания. Этот центр функционирует как некоторая особая программа, именуемая программой выбора, которая осуществляет, так сказать, общее руководство... Сложность работы программы выбора заключается еще и в том, что сигналы, которые она получает от иницирующих ее программ, несут не только информацию в чистом виде, но всегда еще определенную энергию, в соответствии со степенью важности сигнала. Если уровень этой энергии слишком высок, программа выбора начинает работать хуже, т.е. по более древним, примитивным и менее дифференцированным путям, зато быстрее... Аналогично, действие программы выбора ухудшается, если поступающие сигналы взаимно противоречивы, т.е. по отдельности требуют различных и несовместимых реакций. Появление у человека сознания выразилось в том, что он получил дополнительную возможность принимать участие в формировании

программы выбора. Сознательным следовало бы называть человека, способного разобраться в том, откуда идут его внутренние импульсы (желания, мысли, настроения, мечты и т.д.) и действовать в соответствии с этим» [41].

Важную роль подсознательных механизмов в самом процессе принятия решений подчеркивал также и К.Г. Юнг, по мнению которого «в этом будет легче разобраться, если вначале мы осознаем, что идеи, с которыми мы имеем дело в нашей, по всей видимости, дисциплинированной жизни, совсем не так ясны, как нам хотелось бы верить. Напротив, их смысл (и эмоциональное значение для нас) становится тем менее точным, чем ближе мы их рассматриваем. Причина же кроется в том, что все, что мы слышали или пережили, может становиться подпороговым, т.е. может погружаться в бессознательное. И даже то, что мы удерживаем в сознании и можем воспроизвести по собственному желанию, приобретает бессознательные оттенки, окрашивающие ту или иную мысль всякий раз, как мы ее воспроизводим. Наше сознательное впечатление быстро усваивает элемент бессознательного смысла, который фактически значим для нас, хотя сознательно мы не признаем существование этого подпорогового смысла или того, что сознательное и бессознательное смешиваются и результируют являющийся нам смысл» [50].

Одна из наиболее ярких поэтических иллюстраций, отражающих сложный процесс принятия решений, — монолог Гамлета в одноименной трагедии У. Шекспира: «Быть или не быть?»:

...Так всех нас в трусов превращает мысль
И вянет, как цветок, решимость наша
В бесплодье умственного тупика.
Так погибают замыслы с размахом,
Вначале обещавшие успех,
От долгих отлагательств... [47].

Общие стратегии принятия решений распространяются, естественно, и на наших пациентов и касаются выбора решений в различных сферах их жизни, в том числе и в ситуациях принятия ими решений о прекращении злоупотребления, о необходимости пройти курс лечения и о выборе его метода. Особенность аддиктивных пациентов заключается в том, что у них, по мнению академика П.И. Сидорова, «являющаяся следствием длительного потребления психоактивных веществ частичная дефицитность когнитивных процессов препятствует эффективному подходу к изучению проблемы, ее правильной, адекватной оценке, продуктивному поиску информации о проблеме, выбору конструктивного варианта ее разрешения. Характерна искаженная, однобокая оценка событий и получаемой информации, и отсюда — неспособность

правильного анализа ситуации и выделения наиболее значимых ее аспектов» [37].

Считая понятие *нарциссизм* одним из наиболее плодотворных и прозорливых открытий З. Фрейда, Эрих Фромм подчеркивал, что «опаснейшим последствием нарциссической привязанности является потеря рационального суждения... Нарциссическая оценка есть предубеждение, она необъективна. Обычно такое предубеждение так или иначе рационализируется, и эта рационализация... может быть более или менее обманчивой. Это искажение обычно легко распознаваемо в нарциссизме алкоголика» [44, с.54—55]. Нередко наши пациенты принимают решение о необходимости лечения, находясь в измененном эмоциональном состоянии, а ведь в таком состоянии они пребывают почти всегда, ибо и в опьянении, и при синдроме отмены имеется соответствующий сдвиг настроения в том или ином направлении.

У аддиктов, по наблюдению И.Н. Пятницкой, «...наиболее наглядной чертой оказывается кататимность. Происходит как бы смещение пропорции соотношения интеллектуального и эмоционального в срезе психического состояния. Эмоциональная настройка определяет отбор впечатлений, их переработку и умозаключение» [33, с.60—61].

Изменения в процессе мышления под влиянием эмоций хорошо иллюстрирует высказывание С.Л. Рубинштейна: «Подчиняясь деспотическому господству слепого чувства, мысль начинает порой регулировать стремление к соответствию с субъективным чувством, а не с объективной реальностью..., следует «принципу удовольствия» вопреки «принципу реальности»... Эмоциональное мышление с более или менее страстной предвзятостью подбирает доводы, говорящие в пользу желанного решения» [35].

По мнению президента Международного общества экзистенциального анализа и логотерапии (GLE-International) и вице-президента Международной федерации психотерапии (IFP) Альфрида Лэнгле, «тот, кто принимает решения только лишь под влиянием моментального состояния (самочувствия), часто отдает предпочтение чувствам и беспрепятственно проявляет их во всей полноте — не живет полноценной жизнью» [23]¹.

«Алкоголик, — подчеркивает Эдит Сэббин, — характеризуют не только сложности управления аффектами и контроля своих импульсов; у них нарушены и другие функции эго, например способность поддерживать самооценку и заботиться о себе...» [39].

¹ «Междуусобица разума и страстей, — заметил Блез Паскаль, — в человеке. Будь у него только разум... Или только страсти... Но, наделенный и разумом и страстями, он непрерывно воюет сам с собой, ибо примиряется с разумом, только когда борется со страстями, и наоборот. Поэтому он всегда страдает, всегда раздражаем противоречиями» [29].

«Основным препятствием для стабильной самооценки, — отмечает Э. Ханзян, — является их необычная непоследовательность в ходе удовлетворения своей зависимости. Они мечутся между самопожертвованием и эгоцентризмом; требующая и ожидающая позиция быстро сменяется презрительным отвержением помощи и отказом признать свою потребность» [45].

«Психиатрическая практика, — по наблюдению Ц.П. Короленко и В.Ю. Завьялова, — свидетельствует о том, что при «поломах» рациональной, разумной системы восприятия и осмысления окружающей действительности, нарушениях сознания и самосознания личность человека попадает во власть архаических (фантастических, бредовых, галлюцинаторных) способов обращения с реальной действительностью. Не является исключением и алкоголизм как форма неразумного иррационального поведения, образа жизни и восприятия» [22].

Замечательно в этом плане высказывание Карла Роджерса по вопросу о принятии решений: «Когда эти люди были способны принять в сознание все факты относительно себя и собственной ситуации, они были вольны мысленно опробовать все возможности и выбрать наиболее удовлетворительный для себя образ действий. Но тех, кто был не способен принять реальность в сознание, внешние обстоятельства их жизни вынуждали упорно следовать порочной и губительной для них линии поведения. Они были несвободны» [34, с.111].

Большинство зависимых от алкоголя пациентов старшего возраста, которые вновь и вновь обращаются за помощью в государственные наркологические учреждения, выросло и воспитано в условиях советского тоталитарного режима, когда многие годы людям навязывались готовые стереотипы поведения и стратегии (алгоритмы) принятия решений, выдаваемые за заботу государства о гражданах. В их прежней жизни возможности выбора исчерпывались лишь тем, что можно было принять или отвергнуть единственный предлагавшийся вариант. У них отсутствует навык тщательно и фундаментально подготавливать реализацию намеченных действий, они привыкли, что за них должен решать кто-то другой. Вот и делегирует такой пациент, лишь формально принявший решение о прекращении злоупотребления, выбор метода лечения чаще всего своим родственникам (что мы видим в своей практике ежедневно), которые, как и при покупке любого товара, ориентированы в значительной степени на рекламу, и послушно ходит, ведомый ими, по различным врачам и медицинским центрам. При этом широко рекламируются в средствах массовой информации «эффективные и радикальные» методы лечения алкоголизма, применяемые различными медицинскими центрами и частнопрактикующими врачами. Создается образ «всемогущих» спасителей, гарантирующих успешное лечение, причем одномо-

ментное. В сознании больных и их родственников формируется представление о том, что «не надо долго думать и что-либо предпринимать самим — за вас решат, что надо делать с больным». Формируется слепая вера в эффективность методов лечения, базирующихся на страхе, на препаратах, создающих «химическую защиту», на «кодировании», т.е. на методах терапии, которые снимают с пациентов всякую ответственность за изменение собственного поведения и за процесс лечения и восстановления» [40]².

«Алкоголики, — подчеркивает В.Ю. Завьялов, — жаждут, чтобы их лечили любыми доступными средствами — «торпедами», «вшиваниями», «кодированием», «лазерным блокированием», «ферментированием» и т.д. и т.п. Зависимые от алкоголя люди научились рассуждать о том, что «алкоголизм — такая же болезнь, как грипп или диабет». Они научились слагать с себя всякую ответственность за свое поведение, направленное на поиск алкоголя» [15].

Указанные выше методики, опосредуя и потенцируя суггестию и являясь приемами «вооруженного внушения», нашли широкое применение в практической наркологии. Наблюдаемая в действительности популярность таких одномоментных процедур свидетельствует об их релевантности определенной ментальности, характерной для человека данной социокультурной реальности, а именно ментальности *homo soveticus*³. Имманентно присущая им (в данном случае представителям многочисленного племени аддиктов) вера в то, что от любой болезни есть соответствующее лекарство, настраивает их на поиск методов лечения, связанных с внешним воздействием.

«В поисках чудодейственного средства или метода, — замечают Т.Б. Дмитриева и А.Л. Игонин, — больные и их родственники «ходят по кругу», обращаясь поочередно в различные клиники и центры. После нескольких неудачных попыток такого рода, разочарований и бессмысленных трат последних денег исчезает вера в возможность благоприятного исхода» [13].

«Происходит, — констатирует В.Д. Менделевич, — реальный отток из наркологических учреждений больных, которые в массе своей разуверились в результативности лечения и перестали доверять врачам» [25].

² Л.Н. Благов справедливо отмечает «нежизнеспособность «программного обеспечения» лечебно-восстановительного процесса и invalidный статус клинической наркологии в целом, все более становящейся не отражением реальных навыков и умений в преодолении тяжелого психического недуга, а неким полузакрытым клубом интеллектуалов, вновь и вновь продуцирующих сенсации в форме все более новых «высокоэффективных» методов лечения» [5].

³ Насколько глубоко сидит в нас комплекс *homo soveticus*, четко продемонстрировано в написанной с несколько шокирующей откровенностью, блестящей статье С.М. Зубарева «Сарказм рока, или эдипов конфликт фильмов» [17].

Вообще, при принятии решения в любой сфере человеческой деятельности учитывается большое количество самых разнообразных факторов, как положительных, так и отрицательных, а порой и взаимопротиворечащих. Из-за этого процесс принятия решений может затягиваться на многие годы. Эта ситуация прекрасно иллюстрируется известной историей про «Буриданова осла»⁴.

По наблюдению Э. Фромма, «возможность свободного решения мы будем иметь лишь в том случае, если осознаем, каковы реальные возможности, между которыми мы будем выбирать, и каковы «не-реальные возможности», соответствующие субъективным пожеланиям. С помощью последних мы пытаемся увильнуть от трудноразрешимой задачи сделать выбор между альтернативами, которые реально существуют, но не нравятся индивиду или обществу. Эти «не-реальные возможности», конечно, вообще не являются возможностями, это лишь игра воображения. К сожалению, положение таково, что большинство из нас, будучи поставленными перед *реальными* (курсив Э. Фромма) альтернативами и необходимостью принять решение, требующее благоразумия и жертвы, внушают себе, что существуют якобы еще другие возможности. Так, мы закрываем глаза перед фактом, что эти «не-реальные возможности» не существуют и попытка их реализации является только маскировочным маневром, в то время как на заднем плане судьба принимает свое собственное решение. Человек, который живет иллюзией, что невозможное осуществимо, потом удивляется, возмущается и чувствует себя оскорбленным, если он уже не имеет возможности решать и наступает нежеланная катастрофа. В такой момент он впадает в ошибку, приписывая вину другим, защищая себя и/или взывая к Богу, в то время как вину он должен искать только в самом себе, в недостатке мужества смотреть фактам в лицо и в своем недостаточном благоразумии» [44, с.102].

«Принять решение, — считает И. Ялом, — означает взять внутреннее обязательство по отношению к ходу действия. Решение обладает собственной динамикой и представляет собой выбор между рядом факторов, часть которых находится за пределами сознания и не поддается рациональному анализу. Бывают времена, когда пациент не готов или не способен принять решение — альтернативы почти равны, тревога и пред-

чувствие сожаления у пациента слишком сильны, а его осознание «смысла» решения ограничено. Многие наши пациенты осознают, что они не принимают и не собираются принимать решения, отвечающие их интересам. При этом они испытывают порожденное замешательством бессилие, воспринимая себя скорее как жертву, а не как хозяина своего поведения. Пока такое субъективное состояние превалирует, вероятность произвольного конструктивного действия со стороны пациента мала... Что мешает индивиду принять решение, которое явно отвечает его интересам? Очевидный ответ состоит в том, что пациент, явно саботирующий свои зрелые потребности и задачи, удовлетворяет другой набор потребностей, зачастую неосознаваемых и не совместимых с первым. Иными словами, пациент имеет взаимопротиворечащие мотивации, которые нельзя удовлетворить одновременно» [52].

Последнее время многие терапевты исследуют «смысл» решения путем изучения его «дивидендов». Человек скорее присвоит правильное, отвечающее его интересам решение, когда видит границы дивидендов каждого из противоположных решений. И наоборот, решение не приживается, если человек не признает его, не «присвоит» и не откажется от дивидендов противоположных решений. Когда мы говорим об исследовании «смысла», или «дивидендов», или «вторичной выгоды», мы подразумеваем тот факт, что каждое решение, которое человек принимает, имеет для него свою выгоду. Пусть даже он принимает явно саморазрушительное решение, неизменно обнаружится, что в мире опыта пациента оно осмысленно и неким высоколичностным или символическим образом является самоохранительным. Поэтому, если пациент выражает желание избавиться от зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), нужно исследовать вместе с ним его дивиденды от их приема, такие, как облегчение тревоги, боли, потерянности и одиночества, эйфория, освобождение или уход от ответственности. Процесс принятия решения не заканчивается ни с решением, ни с неудачей в его принятии; индивид должен снова и снова принимать его. Неудача в выполнении решения вовсе не хоронит это решение навсегда: из такой неудачи многому можно научиться. В комфортном варианте стратегия принятия решений должна быть такова, чтобы выбранная альтернатива рассматривалась как привлекательная, а невыбранная — как непривлекательная» [52]. После того, как субъект принимает решение, в котором выбранная альтернатива не имеет явного преимущества перед невыбранной, он переживает дискомфортные чувства, которые в литературе часто называют *когнитивным диссонансом*: выбор индивида представляется ему несовместимым (диссонирующим) с его ценностями.

⁴ Парадокс интеллектуального детерминизма, приписываемый французскому философу XIV века Ж. Буридану. Согласно Буридану, при выборе одного из возможных решений воля контролируется разумом. Она действует лишь в том случае, если разум предпочтет одну из возможностей как наилучшую и даст импульс воле, которая и выберет эту возможность. Но если разум сочтет все имеющиеся возможности равноценными, то воля не будет действовать: осел, помещенный на равном расстоянии от двух одинаковых охапок сена, умрет от голода, ибо разум не сможет побудить его волю к выбору [43].

Концепция когнитивного диссонанса — теория, выдвинутая американским психологом Леоном Фестингером в 1957 г., проясняет влияние на феномены человеческого поведения когнитивных компонентов, таких, как мнения, ценности, значимости, намерения, верования [42, 55]. Центральный тезис: сам диссонанс есть отрицательно-побудительное состояние субъекта, которое возникает в ситуациях и обстоятельствах, когда он сам симультанно вынашивает два психологически оппозиционных знания — мнение и понятие — об одном и том же объекте-субъекте; само же состояние диссонанса переживается субъективно как дискомфорт, достигающий порой до уровня внутреннего конфликта, от которого необходимо немедленно избавиться путем трансформации одного из компонентов диссонансных знаний либо путем заполучения нового компонента. Субъект, стремясь усилить оправдание своего поступка, трансформирует акты своего поведения либо изменяет свое отношение к объектам-субъектам, с которыми коррелирован сам поступок, акт поведения [51]. По классическому определению Л. Фестингера, когнитивный диссонанс — это несоответствие между двумя когнитивными элементами (когнициями) — мыслями, опытом, информацией и т.д., — при котором отрицание одного элемента вытекает из существования другого, а также связанное с этим несоответствием ощущение дискомфорта.

Брем (Brehm, 1956 г.) параллельно с Л. Фестингером проводил исследования по психологии принятия решений. Он предполагал, что при выборе из нескольких возможностей индивид будет испытывать когнитивный диссонанс, так как ему всегда желательно иметь в запасе больше одной альтернативы. В результате своих экспериментов Брем обнаружил паттерн редукции диссонанса: когда выбор из ряда возможностей уже осуществлен, он начинает казаться индивиду более правильным и предпочтительным, чем раньше, а отвергнутые возможности он стремится обесценить. Брем, таким образом, нашел эмпирическое подтверждение существования процесса защитного механизма рационализации, который используется для разрешения противоречия между двумя когнициями.

Aronson (1992 г.) так объясняет лежащий в основе этого феномена когнитивный процесс: «Принятие решения продуцирует диссонанс: когниции, касающиеся негативных аспектов выбранного объекта, диссоциируют с фактом его выбора, а когниции, касающиеся позитивных аспектов невыбранного объекта, диссоциируют с фактом его отвержения. Чтобы уменьшить диссонанс, люди подчеркивают позитивные атрибуты выбранного объекта, игнорируя негативные, и подчеркивают негативные атрибуты отвергнутого, забывая о его позитивных качествах» [12].

Не следует забывать о той роли, которую алкоголь играет в жизни человека. К. Бриль-Крамер еще в 1819 г. писал: «Величайшее прискорбие и досада, а

особливо угнетающие душевные чувствования, печаль и горечь, возбуждают, по приобретенному уже к сей болезни расположению, невольное и так сказать инстинкту подобное желание горячительных напитков; ибо в таком случае человек употребляет их как бы облегчающее и ободряющее средство, — как такое питье, которое доставляет ему отраду, чем и усиливает в себе несчастную болезнь» [8]⁵.

На протяжении многих лет самой популярной концепцией, объясняющей мотивы употребления алкоголя, была гипотеза редукции чувства внутреннего напряжения, согласно которой, действие алкоголя воспринимается как положительное, поскольку он снимает эмоциональное напряжение. Доказано, что алкоголь способен ослаблять реакцию на стресс и благодаря этому уменьшать чувство внутреннего напряжения, являющееся следствием такой реакции [54].

Интересную гипотезу выдвинул К. Sher, назвав ее *stress response dampening*, что можно перевести как «успокоение стрессовой реакции». Согласно этой гипотезе, употребление спиртного в период влияния стрессогенного фактора защищает от плохого самочувствия, подавляя физиологическую реакцию организма на стрессогенный раздражитель [56].

По мнению И.С. Павлова, «состояние опьянения рвет жесткую связь внутреннего мира человека с его реальностью, дает внутреннему миру человека своеобразную автономию, и он может программировать свое внутреннее состояние по своему желанию... В этом состоянии удовлетворяются все личностные ценностные потребности, повышается чувство собственного достоинства и снимается личностный кризис, кризис в субъективном понимании больного» [28].

По образному выражению А. Кемпински, «уменьшается *dolor existential* — «боль существования», которая лежит в основе алкоголизма» [18].

Еще раз подчеркнем, что алкоголь благодаря своему особому специфическому действию на человека играет роль псевдоадаптогена и способствует созданию иллюзии временного решения проблем адаптации, общения, избегания жизненных кризисных и стрессовых ситуаций. Потребление алкоголя и других ПАВ определяется прежде всего их важной социальной ролью: они позволяют реализовать фундаментальные потребности человека в регуляции и позитивном изменении своего душевного состояния и настроения, в защите от жизненных сложностей и проблем, а подчас — в уходе от них⁶. Эта роль ПАВ имеет глубинную биологи-

⁵ Орфография источника сохранена.

⁶ В применении к определенным людям, которые стали нашими пациентами, видоизменяя знаменитый афоризм Вольтера, можно было бы сказать: «Если бы алкоголя не было, его следовало бы придумать». Для них также представляется очень подходящим высказывание, приписываемое Б. Шоу: «Алкоголь — это анестезия, позволяющая перенести операцию под названием жизнь».

ческую основу — она закреплена в механизмах работы нервной системы человека. Исторически она зафиксирована на общественно-культурном уровне в виде традиций, ритуалов и других массовых поведенческих стереотипов. Широкий спектр положительной фармакологической активности этанола, включающий в себя анксиолитические, антидепрессивные, психостимулирующие и другие эмоционально-позитивные компоненты, в сочетании с его относительно легкой доступностью, делает его одним из наиболее популярных ПАВ [21]. Поэтому, наблюдая пациента, который не способен придерживаться принятого решения о трезвости, который вновь и вновь после определенных периодов воздержания возвращается к алкоголизации, наркологу следует предположить, что этот пациент принял другое решение, со своим набором дивидендов. Впрочем, полностью осознать и вербализовать эти дивиденды, получаемые от употребления спиртного и нахождения в течение некоторого периода времени в состоянии опьянения, пациентам удастся далеко не всегда. И дело здесь не только в наличии в значительном числе случаев явлений алекситимии [31]. Основная причина в том, что во многом описываемые процессы имеют, как было показано выше, подсознательные механизмы. Интересная характеристика такой ситуации встретилась нам у писателя Андрея Битова в его романе «Пушкинский дом», ставшем в свое время интеллектуальным бестселлером и завоевавшим статус «культовой» книги: «Ни в какой компании не потерпят, чтобы кто-нибудь не пил, а наблюдал и слушал, — и правильно, потому что описания трезвых всегда отталкивающи и, само собой, неталантливы в передаче палитры чувств пьяного человека. Те же, кто уже выпил, не могут нам передать в трезвом смысле, как все было, а *праздника своих чувств* (курсив мой. — Ф.П.) — почти не помнят или не находят слов. И помирить это информационное противоречие — не в наших силах» [4].

Очень важно в процессе психотерапии помочь пациенту осознать, что он имеет конфликтующие между собой потребности и цели, что каждое решение удовлетворяет некоторые потребности, т.е. обладает неким «дивидендом». После того, как пациент полностью осознает характер своих противоречивых потребностей, терапевт помогает ему понять, что, поскольку все потребности нельзя удовлетворить, пациент должен выбрать между ними и отказаться от тех, которые не могут быть осуществлены иначе как огромной ценой его целостности и автономии [52, с.387].

Из вышеописанного становится очевидным, что работа с конкретным пациентом, не включающая в себя выявление причин его алкоголизации или наркотизации и получаемых от этого дивидендов, не может

считаться на сегодняшний день в наркологии конструктивной.

Сослемся также в этом вопросе на мнение одного из корифеев отечественной психиатрии С.Г. Жислина: «Без глубокого знания этих картин и их индивидуальных особенностей в каждом случае, без глубокого знания больного невозможна и истинная психотерапия, а последняя имеет первостепенное значение при любом методе лечения алкоголизма» [14]⁷.

Здесь нам представляется чрезвычайно важным еще одно обстоятельство: в значительном числе случаев алкоголь с большей или меньшей мерой осознания употребляется пациентом, так как его психотропные эффекты позволяют смягчить другую, лежащую глубже психопатологическую симптоматику. И здесь задача врача-нарколога в своевременной диагностике коморбидной патологии чрезвычайно важна, ибо без ее выявления и лечения бессмысленны попытки прекратить употребление ПАВ, так как без них будет еще хуже. Что мы и видим нередко в клинической практике: пациент безуспешно пытается прекратить злоупотребление, переходя от одного врача к другому, до тех пор, пока не выявится истинная причина — наличие психопатологии, не связанной, но часто усугубленной алкоголизацией или наркотизацией.

Проблема коморбидности, значимость которой в аддиктологии высока, возможно как ни в какой другой области медицины, в принципе, в теоретическом плане достаточно подробно разработана [1—3, 6, 7, 9—11, 20, 24, 30, 32, 36, 38, 46, 53, 57]. Практическое же ее разрешение само по себе составляет проблему, ибо выявление сочетанной патологии требует от врача целенаправленной активности и глубоких знаний. И этому процессу в наркологии препятствуют некоторые обстоятельства. В 1976 г. в СССР произошло официальное выделение наркологии в самостоятельную отрасль медицинской научной и практической деятельности. Прежде всего, это было продиктовано организационными моментами. Система переподготовки специалистов не успевала за растущей потребностью, и особенностью формирования кадрового состава наркологических учреждений стало рекрутирование в систему наркологической помощи населению большого числа слабо подготовленных специалистов, главным образом, из числа врачей-непсихиатров. Естественно, за прошедшие годы многое изменилось, и все же... Нежелание, а нередко и неспособность некоторых врачей-наркологов прилагать усилия к диагностике психической патологии у зависимых пациентов — вполне прогнози-

⁷ В 30-е годы прошлого века С.Г. Жислин был сотрудником кафедры психиатрии Минского государственного медицинского института, с 1932 г. заведовал кафедрой психиатрии в Воронеже, с 1950 по 1952 гг. в Перми, а затем многие годы руководил отделом в Московском институте психиатрии МЗ РСФСР.

руемый результат непродуманного и искусственного отрыва наркологии от психиатрии.

Призывая коллег к более внимательному отношению к пациентам, закончим наши рассуждения басней Эзопа «Эфиоп», которая, как нам представляется, замечательным образом иллюстрирует существующую в отечественной наркологии ситуацию с выявлением коморбидной патологии у аддиктов. «Некий хозяин, купивший раба-мавра, решил, что его чернота случайного происхождения и вызвана дурным обращением прежнего хозяина. Поэтому он принялся усиленно лечить его непрерывным отмыванием и различными снадобьями, но добился только того, что мавр, несколько не побелев, утратил свое первоначальное здоровье» [49].

Список литературы

1. Александров А.А. Коморбидность тяжелых психических расстройств и зависимостей от психоактивных веществ: обзор литературы // Мед. панорама. — 2004. — №11. — С. 15—17.
2. Александров А.А. Шизофрения и биполярное аффективное расстройство у пациентов с сопутствующим синдромом зависимости от алкоголя: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н.: 14.00.18 / Гродн. гос. мед. ун-т. — Гродно, 2005. — 20 с.
3. Барденштейн Л.М., Пивень Б.Н. Коморбидные формы психических заболеваний. — М.: РИФ «Стройматериалы», 2008. — 120 с.
4. Битов А. Пушкинский дом: Роман / Андрей Битов. — М.: Вагриус, 2007. — С. 70—71.
5. Благоев Л.Н. Феномен «легитимации» аддиктивного поведения при опиоидной зависимости — клиническая значимость и структурно-динамические характеристики // Наркология. — 2008. — №3. — С. 79—88.
6. Благоев Л.Н., Кургаков Д.И. О понятии коморбидности в клинической наркологии / Наркология. — 2006. — №5. — С. 58—63.
7. Богданов А.С. Коморбидность в наркологической практике // Материалы II съезда психиатров и наркологов Республики Беларусь. — Гродно, 2001. — С. 49.
8. Бриль-Крамер К. О запое и лечении онго. — М., 1819. — С. 23—24.
9. Гофман А.Г., Милков К.Д., Яшкина И.В., Кожина Т.А. Шизофрения и заболевания шизофренического спектра, сочетающиеся с хронической алкогольной интоксикацией или алкоголизмом // Наркология. — 2003. — №5. — С. 35—39.
10. Гуревич Г.А. Коморбидные расстройства в наркологической практике. — М.: ИД «Медпрактика-М», 2007. — 120 с.
11. Дворский А.А., Иваников Ю.В., Бабанин В.А. Алкогольное расстройство больных шизофренией // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. — 2006. — №5. — С. 56—59.
12. Дерябин А.А. Я-концепция и теория когнитивного диссонанса: обзор зарубежной литературы / Научно-учебный центр психологии НГУ. — Новосибирск, 1995 [Электронный документ]. — Режим доступа: <http://nova.rambler.ru/cache/hilite>. — Дата доступа: 7.06.2009.
13. Дмитриева Т.Б., Игонин А.А. Современные возможности медицины в лечении лиц, страдающих наркологическими заболеваниями // Наркология. — 2006. — №1. — С. 56—59.
14. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. — М.: Медицина, 1965. — С. 281.
15. Завьялов В.Ю. Диалог — новая система интегративной психотерапии в наркологии // Наркология. — 2002. — №9. — С. 36—41.
16. Завьялов В.Ю. Клинико-психологические аспекты формирования зависимости от алкоголя: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н.: 14.00.45 / АМН России; Томский науч. центр. НИИ психич. здоровья. — Томск, 1993. — 41 с.
17. Зубарев С.М. Сарказм рока, или эдипов конфликт фильмов // Психотерапия. — 2008. — №3. — С. 41—44.
18. Кемпинский А. Алкоголь // Экзистенциальная психиатрия: Сб. ст. — М.: Совершенство, 1998. — С. 166 (Серия «Библиотека зарубежной психологии»).
19. Кемпинский А. Попытка психиатрического прогноза // Экзистенциальная психиатрия: Сб. ст. — М.: Совершенство, 1998. — С. 117 (Серия «Библиотека зарубежной психологии»).
20. Ковалев А.А. Клинические особенности патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом, сформировавшимся на фоне психогенных заболеваний // Вопр. наркологии. — 2002. — №3. — С. 33—41.
21. Ковалев А.А. Клинические особенности форм злоупотребления алкоголем у больных алкоголизмом, сформировавшимся на фоне психогенных заболеваний // Наркология. — 2004. — №8. — С. 59—63.
22. Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю. Личность и алкоголь. — Новосибирск: Наука, 1987. — С. 69.
23. Лэнгле А. Могу ли я положиться на свои чувства? // Эмоции и экзистенция: Сб. тр. / Пер. с нем. — Х.: Гуманитарный Центр, 2007. — С. 40—41.
24. Малков К.Д. Клинико-динамические особенности расстройств шизофренического спектра и сочетающегося с ним алкоголизма: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н.: 14.00.18. Моск. НИИ психиатрии. — М., 2001. — 20 с.
25. Менделевич В.Д. Современная российская наркология: парадоксальность принципов и небезупречность процедур // Наркология. — 2005. — №1. — С. 56—64.
26. Монтень М. Опыт. В 3 кн. — СПб.: Кристалл, Респекс, 1998. — Кн. 1—2. — С. 733.
27. Мэй Р. Открытие бытия. — М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2004. — С. 33.
28. Павлов И.С. Психотерапия XXI века: от человека с алкогольной зависимостью к трезвеннику // Наркология. — 2005. — №8. — С. 64—68.
29. Паскаль Б. Мысли / Пер. с франц. — М.: Художественная литература, 1974. — Т. 42. — С. 178 (Библиотека всемирной литературы).
30. Пивень Б.Н., Шереметьева И.И. Смешанные формы психических заболеваний. — Новосибирск: Наука, 2003. — С. 62—72.
31. Плуткин Ф.Б. Алекситимия как фактор формирования и поддержания аддикции // Наркология. — 2009. — №7. — С. 28.
32. Погосов А.В., Погосова И.А. О коморбидности алкогольной зависимости и панических расстройств // Вопр. наркологии. — 2004. — №1. — С. 10—19.
33. Пятницкая И.Н. Наркомания: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 544 с.
34. Роджерс К. Две различные тенденции в психотерапии // Экзистенциальная психология: Сб. / Пер. с англ. — Львов: Инициатива; М.: Ин-т общегуманитарных исслед., 2005. — 160 с.
35. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии: в 2 т. — Т. 1. — М.: Педагогика, 1989. — С. 369—370.
36. Сергеев И.И., Лакосина Н.Д., Панкова О.Ф. Психиатрия и наркология: Учебник. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — С. 665—667.
37. Сидоров П.И. Наркологическая превентология: Руководство. Изд-е 2-е. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — С. 455.
38. Снедков Е.В., Бадри К., Полякова Г.Ю. Шизофрения с коморбидной алкогольной зависимостью // Психосоматическая медицина — 2007: Сб. материалов II Междунар. конгр., 31 мая — 1 июня 2007 г. — СПб., 2007. — С. 144.
39. Сэббин Э. Психоаналитические исследования аддиктивного поведения: обзор // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. — М.: Независимая фирма «Класс», 2004. — С. 24.
40. Теркулов Р.И., Кузнецов А.В., Леонова Л.А., Цетлин М.Г. Этические проблемы организации терапевтического

процесса в наркологических учреждениях // Вопр. наркологии. — 2000. — №1. — С. 65—70.

41. Тихомиров А. Тракаты [Психология подсознания]. — Воронеж: НПО МОДЭК, 1993. — С. 82—108.

42. Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса. — СПб.: Ювента, 1999. — 320 с.

43. Философия: энциклопедический словарь / Под ред. А.А. Ивина. — М.: Гардарики, 2004. — 1072 с.

44. Фромм Э. Душа человека. Ее способность к добру и злу // Душа человека: Сб. тр. / Пер. с нем. — М.: Республика, 1992. — С. 13—108 (Мыслители XX века).

45. Ханзян Э.Дж. Уязвимость сферы саморегуляции у аддиктивных больных: возможные методы лечения // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. — М.: Независимая фирма «Класс», 2004. — С. 28—54.

46. Чирко В.В., Дроздов Э.С. Эндогенные психозы и зависимость от психоактивных веществ: Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: ИД Медпрактика, 2002. — Т. 1. — С. 385—407.

47. Шекспир У. Гамлет / Пер. с англ. Б. Пастернака // Собр. соч. в 8 т. — М.: Интербук, 1997. — Т. 8. — С. 73.

48. Шопенгауэр А. Мир как воля и представление // Собр. соч. в 5 т. — М.: Московский клуб, 1992. — Т. 1. — С. 281—282.

49. Эзоп. Басни / Пер. с греч. — М.: РИТОЛ КЛАССИК, 2002. — С. 266 (Симфония разума).

50. Юнг К.Г. Подход к бессознательному // Архетип и символ: Сб. ст. — М.: Ренессанс, 1991. — С. 41 (Серия «Страницы мировой философии»).

51. Юрчук В.В. Современный словарь по психологии. — Минск, 1998. — 768 с.

52. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / Пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Класс», 2004. — 576 с.

53. Havassy B.E., Alvidrez J., Owen K.K. Сравнительное изучение пациентов с психическим заболеванием и сопутствующим расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ: значение для лечения и оказания помощи // Обзор современной психиатрии. — 2004. — Вып. 1(21). — С. 84.

54. Conger J. Alcoholism: Theory, problem and challenge. II. Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism // Q. J. Stud. Alcohol. — 1956. — 17. — P. 296—305.

55. Festinger L. A Theory of Cognitive Dissonance (Evanston, IL: Row, Peterson, 1957).

56. Sher K. Stress response dampening / Blane H., Leonard K. (eds.) Psychological Theories of Drinking and Alcoholism. — New York: Guilford Press, 1987. — P. 227—271.

57. Volkow N.D. Злоупотребление психоактивными веществами и психическое заболевание: прогресс в понимании коморбидности // Обзор современной психиатрии. — 2003. — Вып. 1(17). — С. 28—29.

COGNITIVE DISSONANCE AS A REASON FOR REMISSION INSTABILITY IN ALCOHOL ABUSE

PLOTKIN F.B. Minsk City Addiction Centre, Belarus

Stable algorithms for decision making in normal and peculiarities of this process in addictive patients caused by catathymic distortions of information receiving and processing among them have been described. Some characteristics of our patients mentality pre-estimating their choice for mainly therapy paternalistic methods have been indicated. Process mechanisms for decision making have been described when there alternative variants exist. Conception essence of cognitive dissonance explaining the effect of cognitive factors on human behavior phenomena has been developed. Subjectively positive ethanol psychotropic effects explaining its usage by individuals have been described. The necessity for detailed examination of contradictory requirements that a patient has in the process of psychotherapy and dividends received upon realization of same contradictory decisions has been proved. The significance of comorbide pathology revealing has been underlined.

Key words: addiction, decision making, cognitive dissonance, psychotherapy