

## Анозогнозия алкогольного опьянения при медицинском наркологическом освидетельствовании

НОСАЧЕВ Г.Н. ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Самара  
КИСЕЛЕВА Ж.В. ГУЗ «Самарский областной наркологический диспансер», Самара

*В рамках комплекса «синдром — личность — ситуация» проводится сопоставление вариантов алкогольной анозогнозии (АА) с типичными и атипичными формами алкогольного опьянения в процессе медицинского освидетельствования.*

**Ключевые слова:** варианты опьянения, поведение, личность, варианты анозогнозии

**В** последние годы АА выступает в качестве одного из основных симптомов алкогольной зависимости (АЗ, алкоголизма), который является препятствием для ранней диагностики, а соответственно и ранней терапии АЗ [1, 3, 5—7, 14]. Если АЗ — многостадийное, а соответственно и многосиндромальное (симптомальное) заболевание, то и АА не только многоуровневое образование (симптом) в динамике АЗ [1—7, 14], но и сложное психологическое образование как средство психологической защиты личности [2, 9, 16].

Преимущественно в отечественной литературе по наркологии и психиатрии, а последние годы и в клинической психологии практически как синонимы рассматриваются понятия *нарушения сознания (осознания) болезни, анозогнозия, нарушение критики к болезни, диссимуляция болезни, реже — отчуждение аддиктивной болезни* [4]. М.В. Демина и В.В. Чирко выделяют три главных компонента синдрома *отчуждение аддиктивной болезни*: отчуждение симптомов, отчуждение вреда и отчуждение лечения. В связи с вышеуказанным эти авторы рассматривают АА как процессуальное психическое заболевание [4].

Большинство авторов рассматривает АА как средство психологической защиты (ПЗ) у больных АЗ [2, 9, 14]. При этом остаётся неясным, является ли АА как ПЗ преморбидной основой личности с АЗ, или характерный симптом развёрнутой стадии болезни.

*Цель работы* — изучение АА в системе «симптом — личность — ситуация» у лиц, проходящих медицинское освидетельствование на алкогольное опьянение. Одна из рассматриваемых задач — выявление вариантов АА у лиц, проходящих медицинское освидетельствование на алкогольное опьянение (лёгкая степень).

### Пациенты и методы исследования

Было проведено обследование 300 освидетельствуемых на состояние алкогольного опьянения (лёгкая степень алкогольной интоксикации) — мужчины в возрасте от 20 до 55 лет. Исследование осуществ-

лено на базе Самарского областного наркологического диспансера в 2006—2008 гг. Для выполнения задач исследования и соблюдения принципа однородности материала в исследование включались мужчины с лёгкой степенью опьянения, исключались больные АЗ в состоянии абстиненции и с выраженными соматическими и неврологическими симптомами. В работе проанализированы преимущественно данные клинико-психопатологического метода с выделением клинико-этологической составляющей и экспериментально-психологических — методики самооценки и условного двойника [8, 10, 17]. Выделено пять вариантов алкогольного опьянения (интоксикации): типичный — эйфорический и атипичный — дисфорический, депрессивный (дистимический), маниакальнопообный и истерический (по 60 чел.).

В оценке общих признаков алкогольного опьянения были использованы подходы, характерные как у больных алкоголизмом, так и у больных наркоманиями, с опорой на структурно-синдромальные и патокINETические особенности изучения феномена: характер рассказа освидетельствуемого о своем состоянии врачу; адекватность и полнота границ отрицания и признания; субъективное понимание причин освидетельствования; оценка освидетельствуемого вреда опьянения; умение распознать алкогольное опьянение у других и сравнить их состояние со своим; стремление к отрицанию (диссимуляции) опьянения; исполнение диссимулятивного поведения; участие в освидетельствовании.

### Результаты исследования и их обсуждение

Выделены следующие варианты попыток скрыть (отрицать) алкогольное опьянение (диссимуляция).

Приумножение (частичная, парциальная анозогнозия) степени опьянения и количества выпитого является практически универсальным поведением большинства освидетельствуемых (144 чел., 48%; из них все лица с типичным (100%), 33 чел. — с маниакальнопообным (55%), 26 чел. — с дистимическим (43,3%) и 25 чел. — с дисфорическим (41,6%) ва-

риантами опьянения). При этом приуменьшение касается всего анамнеза потребления алкоголя, количества выпитого, отнесение времени употребления к прошлому (чаще всего предыдущим суткам и позже), а также преуменьшение самой ситуации и обстановки административного нарушения. Врачу сообщается то, о чём он спрашивает вне ситуации, ответы не выходят за рамки вопроса. Инициатива касается только срока освидетельствования, его обоснованности, времени, занятости и юридической правомерности. Подробностей потребления алкоголя перед ситуацией врачу узнать практически не удаётся. В спонтанной речи освидетельствуемых много общих фраз, «речёвок» и штампов, эвфемизмов, а также жаргонных слов, скрытых нецензурных слов, что особенно характерно для освидетельствуемых лиц с типичным, а также дисфорическим и маниакальноподобным вариантами атипичного опьянения и не характерно для дистимического. Упорно отрицают нарушения вследствие опьянения, пытаются найти убедительную причину в ситуации на дороге, где их вина была результатом чужих проступков и нарушений, что привело к его вторичным нарушениям. Всем своим поведением освидетельствуемые стремятся продемонстрировать правильное поведение и выполнение инструкций врача, спонтанно повторяют их, если им показалось, что выполняет недостаточно чётко. Лица с дистимическим вариантом опьянения часто ссылаются на плохое самочувствие и этим объясняют замедленные ответы и избегание ответов на вопросы.

По графической методике самооценки (ГМС) завышенная самооценка касается практически всех шкал. Исключение касается только шкалы «Физическое здоровье», в которой две трети освидетельствуемых лиц с дистимическим и дисфорическим вариантами опьянения и одна треть — с типичным и маниакальноподобным вариантами видят «спасательный круг» и начинают активно «обыгрывать» физическое здоровье (неблагополучие) как объяснение потребления лекарства с алкоголем (наиболее популярен корвалол) с целью лечения простуды, зубной или сердечной боли и т.п. Все освидетельствуемые лица не считают ни себя, ни ситуацию медицинского освидетельствования «Счастьем», но значительно ниже изоляции (т.е. шкала «Несчастье») оценивают случившееся только лица с дисфорическим и дистимическим вариантами опьянения.

По методике конкретного двойника (т.е. конкретного другого освидетельствуемого) лица с типичным и маниакальноподобным вариантами опьянения сразу же включаются в ситуацию освидетельствования, видят в нём «товарища по несчастью», но при этом, нередко отрицая его опьянение, его неправильное поведение, пытаются объединиться для давления на со-

трудников, в первую очередь, на врача. Лица с дисфорическим и дистимическим вариантами опьянения частично признают конкретного двойника как человека, находящегося частично в состоянии опьянения, а некоторые пытаются противопоставить своё поведение поведению двойника, что сопровождается разногласиями и требует прекращения открытого сравнения (оценки). Практически в большинстве наблюдений лица с дисфорическим вариантом опьянения отказываются давать оценку опьянения у других лиц, тем более сопоставлять его со своим состоянием и поведением. Ряд лиц с дистимическим вариантом (8 чел.) сочувственно говорили: «и тебя замели», «попался» или «сочувствую». Освидетельствуемые с типичным и маниакальноподобным вариантом опьянения в трети наблюдений не только правильно оценивают конкретного двойника, но и пытаются включить его в круг общения и обсуждения, нередко создавая расширенный конфликт.

При *частичной анозогнозии* механизмы психологических защит отличаются умеренной деструктивностью, при которой до осознания допускается лишь часть информации о поведении и состоянии при употреблении алкоголя. Смысловая регуляция поведения упрощена, противоречива и мало избирательно осознаётся. Представления о пьянстве и алкоголизме весьма позитивны из-за положительного отношения к алкогольному образу жизни, привычны и не вызывают дискомфорта, что, в свою очередь, усиливает снижение уровня притязаний личности. Неадекватность стратегий совладания с алкогольным поведением освидетельствуемых проявляется в неудачных, но повторяющихся попытках установления контроля над приёмом алкоголя, а также гиперкомпенсаторными, негармоничными тенденциями в реализации жизненных планов и установок.

*Тотальное (полное) отрицание опьянения* (всего таких было 83 чел. — 27,6%; из них 48 чел. с истерическим и 35 чел. с дисфорическим вариантами опьянения) характеризуется абсолютным отрицанием самого факта употребления алкоголя как в текущий день, так и накануне, а иногда были попытки отрицать употребление в течение месяца и более. Освидетельствуемые с недоверием относятся к врачу и к проводимому обследованию. Упрямо отвергают очевидные факты нарушений правил движения, сопротивления сотрудникам милиции, свидетельствовавшие об их опьянении. Утверждают, что «пьют не больше других» и никогда не позволяют себе сесть за руль автомобиля в состоянии опьянения. Упрямо отрицают, негодуют, угрожают жалобами и судом за их «незаконное» освидетельствование. Пытаются активно избежать лабораторного исследования. Так, лица с истерическим вариантом начинают оседать на пол,

хватываются за сердце, просят «накапать корвалола» или вытаскивают пузырек с лекарством, пытаются принять или даже принимают таблетки с пахучим запахом (чаще всего с ментолом, валерианой). Различия в отрицании опьянения между лицами с указанными вариантами опьянения заключаются в истерических реакциях, которые затрудняют процедуру медицинского освидетельствования.

Практически все лица с тотальной АА отказываются или бросают выполнение методики графической самооценки как непонятного дополнения к медицинскому освидетельствованию. Также отказываются и от методики условного двойника, которую оценивают как провокацию, как выполнение задачи врача или как свидетельские показания на других освидетельствуемых.

При тотальной АА отмечено формирование приущего им выраженного феномена полного отрицания употребления алкоголя и связано, по-видимому, с преобладанием примитивных вариантов психологических защит деструктивного типа. Взгляды освидетельствуемых отличаются крайней прямолинейностью и неразвитостью смысловых связей, суженным контекстом осмысления, скованностью активности мыслительных процессов. Представления о себе поверхностны и неадекватно повышены, а об алкоголе — максимально искажены. Вместе с тем, понятие о «типичном алкоголике» признаётся в отношении «двойника», но практически не замечается и не идентифицируется со своим поведением. Такое противоречие алкогольных установок в сочетании с примитивным мировоззрением, по-видимому, и является основой тотального отрицания алкогольного поведения.

Следующая модель оценки состояния и её диссимуляции — *псевдорациональная анозогнозия* (34 чел., 11,3%; из них 18 — с маниакальноподобным и 16 с дистимическим вариантами опьянения), в которой освидетельствуемые пытаются дать «объяснение», «рационализацию» опьянения. В динамике данной модели на полюсах можно выделить 2 варианта:

- экспансивный, «наступательный» вариант у лиц с маниакальноподобным вариантом представлен целой системой «доказательств», «мировоззрения», где освидетельствуемый выступает в роли адепта с яркостью, активностью, театральностью отстаивания «свободы» и законности потребления спиртного в предшествующие освидетельствованию дни, так же как и употребление табака;

- «система объяснений», «рационализация» состояния не носит такой «наступательной» экспансивной яркости, её тональность, скорее, «оправдывающаяся», а роль — «жертва» обстоятельств, что характерно для лиц с дистимическим вариантом опьянения. Чаще всего делаются попытки объяснить своё

состояние употреблением лекарств, содержащих этиловый спирт, реже — большим количеством кисломолочных продуктов.

Освидетельствуемые частично признают факт употребления алкоголя в незначительном количестве накануне задержания. Придумывают целую серию оправданий личного, общественного значения обстоятельства употребления алкоголя, включая необходимость снять физическую усталость или даже соматические симптомы, ситуацию стресса, пытаются вызвать понимание и сочувствие у врача и привлекая в свидетели окружающих людей. При этом, осуждая как само пьянство, так и пьяниц, включая других освидетельствуемых, считают свое поведение достаточно оправданным и даже удивляются непониманию их устремлений и мнения со стороны врача.

По методике «условного двойника» освидетельствуемые практически сразу же дают правильную оценку состояния опьянения другого. При этом иногда начинают давать им отрицательную оценку или подчёркивать, насколько различно их поведение с поведением другого, что подтверждает отсутствие у них опьянения.

При ГМС отмечается общая тенденция повышенной самооценки практически по всем шкалам. Исключение у трети освидетельствуемых — «цепляются» за физическое (соматическое) состояние, которое пытаются рационализировать для объяснения употребления алкоголя.

При рационализации алкогольного поведения преобладают механизмы конструктивного типа психологической защиты, эпизодически достигавшие уровня сверхценных монотонных идей. Система смысловых связей лиц этой группы была более зрелой и развитой по сравнению с описанными выше вариантами. Все компоненты самосознания — когнитивный, эмоциональный, поведенческий (внутренняя картина здоровья — внутренняя картина болезни) — отражают, с одной стороны, полноту разотождествления, а с другой, — характеризуются дисгармоничностью между разными видами поведения, жизнедеятельности и профессиональной деятельностью.

При *ретроамнестическом варианте* АА (30 чел., 10%; из них 18 — с дистимическим и 12 с истерическим вариантами) искажения реальности касаются только ситуации текущего времени, которая упорно переносится в прошлую жизнь. При этом временной разрыв был не менее одной-двух недель и даже до нескольких месяцев. Текущее состояние опьянения чаще всего объясняется соматическим текущим заболеванием, употреблением сердечных препаратов в виде спиртовой настойки, употреблением кваса, кефира и т.п. Этим же освидетельствуемые объясняют административное нарушение. Психологическая за-

цита носит конструктивный характер, объяснения конкретны, полны и касаются алкогольного поведения вне нарушения административного права.

Условного двойника лица данной группы оценивают правильно. При этом лица с дистимическим вариантом опьянения осуждают их, требуют их наказать, принять административные меры. Освидетельствуемые с истерическими вариантами опьянения более противоречивы: то обвиняют, то защищают, просят вникнуть в возможные обстоятельства, приводя собственные ретроанамнестические обстоятельства.

По методике ГМС заниженная самооценка наиболее выражена в шкале «Физического здоровья», которое наблюдается в последние дни, предшествующие освидетельствованию. Лица с дистимическим вариантом опьянения занижают шкалу «Счастье», что практически не делали лица с истерическим вариантом.

Для ретроанамнестического варианта АА характерны механизмы конструктивного типа психологической защиты. Система смысловых связей лиц этой группы была более зрелой или менее развитой по сравнению с частичным и тотальным вариантами. Все компоненты самосознания — когнитивный, эмоциональный, поведенческий (внутренняя картина здоровья — внутренняя картина болезни), с одной стороны, отражают полноту объяснений, а с другой, — характеризуются дисгармоничностью между разными видами поведения и эмоционального сопровождения.

К конвенционально-камуфлирующей форме АА (9 чел., 3,1%, с маниакальноподобным вариантом опьянения) алкогольного опьянения отнесены освидетельствуемые, которые пытались замаскировать своё состояние подчёркнутым стремлением к соблюдению всех требований врача и других сотрудников, сопровождая общепризнанными, одобряемыми обществом, административно правильными суждениями. Они стремятся угодить медицинскому персоналу, сотрудникам милиции, беспрекословно выполняя все требования и даже предвосхищая их. Охотно ведя беседу, отвечая на вопросы врача, но избегая конкретных ответов на текущее употребление алкоголя, стереотипно воспроизводя распространённое мнение и осуждение пьяниц за рулем, используя лозунги и рекламы средств массовой информации и т.п. Осуждая других освидетельствуемых за их состояние алкогольного опьянения, делая довольно тонкие оценки и замечания, пытаются и начинают читать популярную лекцию о вреде употребления алкоголя за рулём.

Условного двойника лица данной группы оценивают правильно, стремясь использовать в своих целях, в частности, стремясь отвлечь и переключить врача на обсуждение двойника.

При заполнении ГМС для таких освидетельствуемых характерно резкое завышение по всем шкалам самооценки.

При конвенционально-камуфлирующей форме анозогнозии также преобладают механизмы конструктивного типа психологической защиты. Система смысловых связей лиц этой группы представлена более зрелой и развитой по сравнению с выше представленными вариантами АА, но включают элементы резонёрства, мудрствования и повторения. Все компоненты самосознания — когнитивный, эмоциональный, поведенческий (внутренняя картина здоровья — внутренняя картина болезни), с одной стороны, отражают полноту отвлечения и камуфляжа, а с другой, — характеризуются дисгармоничностью между разными видами алкогольного поведения и эмоционального сопровождения.

### Заключение

Таким образом, отдельные варианты АА у освидетельствуемых на состояние алкогольного опьянения носят преимущественно ситуационный характер как проявление различных механизмов психологических защит. Именно развитость у личности тех или иных вариантов психологических защит нарушает совладание и прогнозирование личностью последствий своего диссоциального поведения. Критика к состоянию, критичность — это категории не столько синдромальные, не клинические, сколько когнитивно-познавательные, в большей степени — морально-этические, общепсихологические, влияющие на организацию поведения.

### Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Патологические влечение к алкоголю. — М., 1994. — 216 с.
2. Баранова О.В. Алкогольная анозогнозия и её преодоление в процессе лечения больных алкоголизмом: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 2005. — 26 с.
3. Бехтель Э.Г. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. — М., 1986. — 272 с.
4. Демина М.В., Чирко В.В. «Отчуждение» аддиктивной болезни. — М.: Медпрактика-М, 2006. — 192 с.
5. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В. и др. Злоупотребление психоактивными веществами. — М.: ГНЦ ССП, 2000. — 258 с.
6. Игонин А.Л., Клименко Т.В., Тузжикова Ю.Б. и др. Злоупотребление психоактивными веществами и асоциальное поведение: Аналитический обзор. — М.: ГНЦ ССП, 2003. — 80 с.
7. Клименко Т.В., Игонин А.Л., Олифиренко И.Ю., Кулагина И.Е. Противоправная активность в состоянии острой алкогольной интоксикации (клинический и судебно-психиатрический аспекты): Пособие для врачей. — М.: ГНЦ ССП, 2004. — 32 с.
8. Лурья А.Р. «Внутренняя картина» болезни и иатрогенные заболевания. — М.: Медицина, 1977. — 112 с.

9. Меграбян А.А. // Общая психопатология. — М.: Медицина, 1972. — 288 с.
10. Методики изучения самосознания при психических заболеваниях: Методические пособие / Под ред. В.С. Чудновского и Г.Н. Носачева. — Куйбышев: Куйбыш. мед ин-т им. Д.И. Ульянова, 1983. — 22 с.
14. Наркология: Национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. — М., 2008. — 720 с.
15. Нелидов А.Л. Осознание болезни при алкоголизме: Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — СПб., 1992. — 149 с.
16. Понизовский П.А. Когнитивные расстройства и соматическая анозогнозия у больных алкогольной зависимостью: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 2007. — 25 с.
17. Чудновский В.С. Клинический аспект самосознания при психических заболеваниях в связи с вопросами диагностики, лечения и реабилитации. — Куйбышев, 1982. — С. 3—19.

## ANOSOGNOSIA OF ALCOHOL INTOXICATION IN PHYSICAL EXAMINATION

**NOSACHEV G.N.**

Samara state medical university, Samara, Russia, 443099, Samara, street Chapayevsky, 89, SamGMU, chair of psychiatry, narcology, psychotherapy and clinical psychology

**KISELEVA G.W.**

Samara regional narcological clinic, of an island Samara, Russia, 443085, Samara, Southern highway, 18

In article within the limits of a complex «a syndrome — the person — the situation» is spent comparison of variants alcoholic anosognosia with typical and atypical forms of alcoholic intoxication in the course of physical examination.

**Key words:** intoxication variants, behaviour, the person, variants anosognosia