

УДК 615.212.7

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИССИМУЛЯЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

А.А. Абетова

*Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии,
г. Алматы***Актуальность исследования**

Любая человеческая болезнь складывается из двух основных составляющих. С одной стороны – это объективное содержание этио-патогенетический субстрат патологического процесса, его специфическая суть. Она определяет сочетание типичных для каждой болезни симптомов, набор типичных параклинических показателей и типичное развитие симптомов. Это – внешняя, клиническая картина болезни. А с другой стороны существует широкий спектр индивидуальных внутренних переживаний, вызванных наступившей болезнью в душе самого пациента. Ни одно заболевание не проходит без того, чтобы не вызвать какого-то отклика в психическом мире человека. То есть, помимо морфологического обязательно включает реакцию личности на нее.

Каждое заболевание имеет для человека сугубо индивидуальный личностный смысл. В одном случае заболевание – не более чем какой-то мимолетный эпизод, в другом – глубокая трагедия, а третьем – «законный заслон» от жизненных проблем, возможность получить какие-то выгоды.

Отношение человека к своей болезни и лечению представляет собой одну из фундаментальных по своей значимости общемедицинских проблем. Это частная область более широкой проблемы человеческого самосознания, имеющей помимо клинического, самые различные аспекты – философский, психологический, социологический, религиозный, и многие другие.

Вопрос об участии личности в формировании, течении и исходах наркологических заболеваний имеет концептуальное значение, являясь предметом пристального изучения, обсуждения и дискуссий. Целостного представления о характере такого участия невозможно составить без глубокого анализа «внутренней картины болезни» - осознания больным собственной болезни и его позиции по отношению к заболеванию и лечению.

Нарушение критической самооценки и отрицание болезни у больных алкоголизмом и наркоманиями общеизвестны. Наряду с этим, даже если больной признает у себя алкоголизм или наркоманию, то есть при формально адекватной критической самооценке, далеко не всегда существует реальная установка на лечение. И в конечном итоге успех или неуспех всех усилий клинициста-нарколога определяется тем, кого он имеет в лице больного – или сотрудника, помогающего в лечебной работе, или же 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 двух установок. Трудно лечить больного, не желающего быть здоровым, поэтому именно «терапевтический негативизм» является главной причиной недостаточной эффективности наркологического лечения.

Поэтому детальный анализ различных форм отношения больных алкоголизмом и наркоманией к своей болезни заслуживает особого внимания. Отношение к болезни интегрирует все психические категории, находящиеся как в рамках психологической нормы, так и в рамках психопатологии, которые структурируют феномен «внутренней картины болезни» (Лурия). Это и знание о сути болезни, ее осознание личностью, эмоцио-

нальный резонанс и поведение, связанное с болезнью, понимание роли и влияния болезни на жизненное существование. Стратегия адаптивного и дезадаптивного поведения, избираемая больными сознательно или бессознательно, предполагает различные варианты: игнорирование болезни, активную борьбу с болезнью, принятие роли страдальца, эксплуатирующую свою болезнь и другие защитно-приспособительные механизмы личности. В активной работе с больными и его окружением врачи психиатры-наркологи, психотерапевты, психологи не учитывать этого просто не могут. Решение вопросов добровольного и недобровольного лечения наркологических больных не представляется возможным без знания и учета реальной клинической специфики – особенностей «внутренней картины болезни» наркологического заболевания.

Проблема отношения больного к болезни привлекала внимание клиницистов всегда (Р.А. Лурия, 1935; Е.А. Шевалев, 1936; Е.К. Краснушкин, 1948), отмечалась статистическая характеристика этого сложного феномена. Эта характеристика служила, скорее всего, для устоявшегося терапевтического контакта с больным и решением проблем касательно периода лечения. Для рассмотрения более сложных, особенно прогностических вопросов клиники, а тем более, теории, они оказывались недостаточными. В англоязычной литературе тема отношения к болезни и отрицание болезни при алкоголизме и других видах зависимости пользуется большим уважением, нежели в отечественной наркологии. Не изучена до конца феноменологическое содержание этого сложного клинического явления. Не разработана типология нарушений сознания болезни и критика к болезни при наркологических заболеваниях. Остается неясной роль и взаимосвязь двух основных групп факторов в структурировании феномена. С одной стороны: конституционально-биологических, характерологических, личностных, социальных, культурных, средовых влияний; а с другой, - приносимых самой болезнью факторов: ее тяжестью, особенностями синдромального спектра, прогрессивности, длительности, характера осложнений, глубиной токсического поражения и др.

Практически не освещен клинико-динамический аспект «внутренней картины болезни»: как меняется отношение больного к своей болезни и к лечению в зависимости от вида пристрастия, от этапа, типа течения, продолжительности, тяжести и последствий болезни, от возраста, от совокупности лечебных факторов, наконец, - от изменения общественного резонанса и «репутации» болезни.

Все эти обстоятельства показывают актуальность более глубокого, всестороннего и комплексного изучения нарушения осознания болезни при наркологических заболеваниях.

В данной статье мы попытались представить часть этого феномена, а именно диссимуляцию болезни. Диссимуляция – является внешним, наиболее иллюстративным клиническим проявлением отрицания болезни, то есть скрыть или замаскировать болезнь. Основные варианты диссимуляции можно обозначить так:

- отрицание или приуменьшение болезни (полное, частичное, отнесение болезни к прошлому, искажение анамнеза)

- «зашторивание», «маскировка» алкоголизма или наркомании физическими или неврологическими расстройствами

- «рационализация» болезни или система «объяснений».

Целью исследования – выявление варианта диссимуляции и разработка мероприятий, направленных на создание адекватного осознания болезни и достижения терапевтического сотрудничества больного с врачом.

Клинический материал исследования составили 200 больных наиболее распространенными наркологическими заболеваниями. Выделены 2 группы больных:

I группа - 75 больных опийной наркоманией в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст $26,5 \pm 1,4$ года), употреблявшие наркотики внутривенно, с длительностью сформированной зависимости не менее 3-х лет. К моменту начала исследования у 65% больных госпитализация была первичной, остальные неоднократно лечились в стационаре ранее.

II группа - 125 больных хроническим алкоголизмом в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст $32,4 \pm 7,4$ года), употреблявшие алкоголь в псевдозапойной форме, с длительностью сформированной зависимости не менее 8 лет.

Анализ внутренней картины болезни основывался, прежде всего, на тщательном клиническом наблюдении, отражающем и регистрирующем чувственное переживание больным своей болезни, интеллектуальную переработку ее, самоанализ, критическую самооценку. В качестве дополнительной методики, способствовавшей получению объективной картины отношения больных к своей болезни и лечению, использовалась шкала формализованной оценки нарушений нозогнозии у наркологических больных. Исследование проводилось в динамике на следующих этапах болезни: При поступлении; В момент максимальной выраженности абстинентной симптоматики; По завершению острых проявлений абстинентного синдрома; В периоде становления ремиссии.

Результат исследования:

У значительной части больных обеих групп выявлялся вариант диссимуляции с полным, тотальным отрицанием болезни. Этот вариант выявлялся в основном в момент поступления больных на стационарное лечение с первоначальными признаками абстинентного синдрома. Эти пациенты категорически отвергали наличие у себя каких бы то ни было поступков и переживаний, которые могли бы оказаться «компрометирующим» свидетельством влечения к психоактивным веществам. Настойчиво утверждали при этом, что они никогда не принимали их и не принимают их. При полном отрицании болезни категорически отвергали алкоголизм и наркоманию, отказывались сообщать анамнестические сведения и угрозами запрещали это делать близким. Заявляли: «Я ни чем не болен и не нуждаюсь ни в каком лечении! Это ее (жену, мать) надо от алкоголизма (наркомании) лечить!». С недоверием относились к врачу. Упрямо отвергали очевидные факты, свидетельствующие об их болезни. Были убеждены, что в стационар попали по ошибке, в результате настояний родственников, неприязненного отношения соседей или милиции. Утверждали, что употребляют психоактивные вещества не больше других, в лечении не нуждаются, а могут «не употреблять сами, если захотят» и т.п.

Вариант диссимуляции с частичным, парциальным отрицанием болезни значительно чаще выявлялся у пациентов обеих групп в периоде разгара абстинентных проявлений и постабстинентном периоде. Больными отвергались только отдельные проявления болезни, в то время как о других сообщалось более подробно.

Обычно больные сообщали о более «безобидных», в их понимании, фактах («из двух зол – меньшее»). Признавая, например, употребление снотворных, тщательно утаивали прием опиатов. Либо систематический прием психоактивного вещества преподносился как единичные эпизоды употребления. Больные с алкоголизмом считали, что «больны, когда пьют, а когда не выпивают – здоровы», а больные наркоманией – признавали болезнью только абстинентный синдром. В этот период соглашались лечиться, а по исчезновении симптомов абстинентного синдрома – отказывались. В беседе с врачом понимали или соглашались с тем, что они больны, а под влиянием других больных меняли точку зрения. К болезни относили лишь часть ее проявлений: абстиненцию, передозировки, амнезии, но не потребность в алкоголе или наркотиках, влечение к ним, зависимость. Они отмечали появление раздражительности, вспыльчивости, утомляемости, но вместе с тем, не осознавали, что изменилось их отношение к работе, к семье, наступило морально-этическое снижение, оскудение интересов и пр.

Чаще встречались больные, отрицающие наличие алкоголизма или наркомании как болезни, однако признающие наличие «проблем», вызванных употреблением алкоголя или наркотиков, и как следствие, - регулярно обращающиеся к помощи наркологов на дому. У больных с наибольшим «стажем» злоупотребления и при прогрессировании болезни, часто отмечали наличие основных симптомов болезни (утрату количественного контроля, патологическое влечение, утяжеление абстинентного синдрома). Такие пациенты самостоятельно инициировали госпитализацию в стационар, однако продолжали отрицать наличие болезни как таковой. Больные наркоманией с таким вариантом диссимуляции болезни госпитализировались на лечение с целью «омоложения», т.е. для снижения толерантности.

Близкий к предшествующему варианту - диссимуляция с признанием самого факта болезни и утаиванием деталей, чаще встречалась у больных обеих групп в постабстинентном периоде и периоде становления ремиссии. Эти больные при формальном признании своей болезни соглашались с тем, что у них есть зависимость от алкоголя или наркотиков, но рассказывали о болезни не больше, чем это необходимо для ее констатации, утаивая значительную часть сведений о себе. Наиболее неохотно давали сведения о «компрометирующих» особенностях поведения в опьянении, о кражах, совершаемых для получения средств на приобретение психоактивных веществ. Они утверждали, что «сами решили лечиться» или давали уговорить себя пойти на лечение. Но внутренне они были убеждены в обратном, а признанием болезни и согласием на лечение стремились, по сути, избежать осложнений в семье, в отношениях с законом, на работе.

Постоянным и практически универсальным вариантом диссимуляции наркологической болезни, очень близким к частичному отрицанию, явился вариант с приуменьшением болезни. Он был свойственен практически всем больным алкоголизмом и наркоманиями. Больные алкоголизмом практически постоянно приуменьшали количество принимаемого алкоголя, продолжительность эксцессов, а также продолжительность болезни в целом. Постоянно искажался анамнез, зачастую, совершенно «не считаясь» с логикой и хронологией событий. «Я болен алкоголизмом всего два года – с тех пор, когда меня последний раз кодировали, после чего запои стали тяжелее». А больные наркоманией считали развитие болезни с момента начала абстинентных проявлений, хотя в течение долгого времени,

даже годами, практически не делали перерывов в употреблении опиатов с самого начала злоупотребления. Свою болезнь больные считали, как правило, более благоприятным, чем у других.

Обсуждение. Проведенное исследование показало, что феноменологическое содержание нозогнозии при алкоголизме и наркомании представлено широким спектром клинических явлений, структура которых определялась как сохранными элементами психической деятельности, так и синдромально-диагностическими особенностями самого патологического процесса. В зависимости от преобладающего синдрома наркологического заболевания имелись преобладание того или иного варианта диссимуляции.

Выводы: У каждой личности, зависимого от психоактивного вещества имелось индивидуальное предпочтение в выборе и стойкости осуществления того или иного варианта диссимуляции, а также имелась взаимосвязь с этапами течения заболевания. Проведенное исследование позволило выделить следующие варианты диссимуляции наркологического заболевания: Полное, тотальное отрицание болезни; Частичное, парциальное отрицание; Признание самого факта болезни и утаивание деталей; Приуменьшение болезни. Адекватное применение методов, направленных на преодоление диссимуляции, могут позволить создать мотивацию к лечению.

Литература:

1. Демина М.В. Патоморфоз опийной наркомании. Дисс. канд. мед. наук. М. – 1999. – 137 с.
2. Иванец Н.Н., Винникова М.Л. Героиновая наркомания. Постабстинентное состояние: клиника, лечение. - М: Медицина, 2000. - 122 с.
3. Наркоситуация в Республике Казахстан в 2007 году // Проект «Мониторинг эпидемиологии потребления наркотиков». – Астана, 2009. - С. 14-18.
4. Рохлина М.Л., Воронин К.Э. Ремиссии и причины рецидивов у больных моно- и полинаркоманией // Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях. Санкт-Петербург, 1991. - С. 46-50.
5. Чирко В.В. К систематике форм и топов течения наркологических заболеваний // Современные проблемы наркологии. Материалы международной научно-практической конференции. М.- 2002. – С. 51.
6. Шогам А.Н. Анозогнозия при проникающих ранениях черепа. // Труды 14 сессии Украинского психоневрологического института, Харьков, - 1947, - т. 23, - С. 291-296.
7. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость. Практическое руководство для врачей. М. – Медпрактика. – 2002. – 328.

УДК 616.8-009

СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА КАК ДИЗРЕГУЛЯЦИОННАЯ ПАТОЛОГИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Ж.А. Жолдасова

Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии, г. Алматы

Соматоформная патология по некоторым данным встречается довольно часто в практике врачей интернистов от 20 до 60% пациентов клиник соматического профиля. Данная патология связана с расстройствами нервной системы на невротическом уровне, что вызывает дизрегуляторные расстройства.

Важным патофизиологическим механизмом дизрегуляторных расстройств (функциональные нарушения) НС является образование патологических интеграций из ее измененных структур. Такие интеграции возникают уже на молекулярном уровне в виде молекулярных агрегатов, в частности, агрегатов измененных белков. Патологические молекулярные взаимодействия составляют молекулярную патофизиологию. На межнейрональном уровне патофизиологическим механизмом является образование агрегатов измененных нейронов, на межсистемном уровне – образование патологических систем. Таким образом, можно представить, что при воздействии на человека психотравмирующего фактора образуется патологическая система, которая изменяет биохимические и биологические реакции организма, вызывая функциональные органические нарушения.

Все клетки организма как соматические, так и нервные, в состоянии покоя находятся под тоническим контролем (физиологическим подтормаживанием). Такой контроль предохраняет клетки от реакции на случайные, функционально незначимые воздействия и обеспечивает функциональный покой, необходимый для энергетического, метаболического и структурного восстановления клеток и особенно важен для нейронов.

Дизрегуляция деятельности нейрона может происходить уже в связи с расстройством этого физиологического торможения. Если оно чрезмерно, порог реакции нейрона повышается, и нейрон не реагирует на функционально значимые стимулы. Если оно недостаточно, нейрон реагирует на функционально незначимые стимулы и возникает бесполезная, в крайних случаях патогенная активация.

До настоящего времени проблема патологического растормаживания не только не разрабатывалась, но и не ставилась, она является выражением и результатом глубокой дизрегуляторной патологии. Так в состоянии относительного покоя торможение и возбуждение сбалансировано и до определенного момента выдерживает воздействие окружающей среды, в частности, различных стрессующих факторов. На психологическом уровне человек способен решать ежедневные проблемы, возникающие при обычной жизнедеятельности, т.е. находит различные выходы из создавшихся ситуаций, которые возникают на основе его опыта. Но при возникновении тяжелой психотравмирующей ситуации или длительных стрессующих факторов, отсутствии рационального выхода из создавшегося положения и психологического отказа «принять» произошедшее, создается своего рода порочный круг, который провоцирует возникновение соматоформных расстройств. У нервной системы не хватает ресурсов адаптироваться под новые создавшиеся условия, возникает патологическая пластичность центральной нервной системы, вследствие чего возникает дизрегуляторная патология.