

## СОМАТИЧЕСКАЯ АНОЗОГНОЗИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

П. А. Понизовский

*Московский НИИ психиатрии*

Одним из основных показателей течения психических процессов является способность человека критически оценивать свое состояние, посмотреть на себя «со стороны» (2, 7, 13). Невосприятие, недооценка, отрицание имеющейся болезни или отдельных ее проявлений обозначаются термином «анозогнозия».

Применительно к алкоголизму анозогнозия понимается как непризнание больным факта зависимости от алкоголя, игнорирование очевидных признаков заболевания, препятствующих своевременному обращению за медицинской помощью и ведущих к отказу от проведения противоалкогольного лечения.

В настоящее время существует два основных подхода к трактовке алкогольной анозогнозии: не критичность больных рассматривается как проявление мнестико-интеллектуального снижения, обусловленного прогрессирующей алкогольной энцефалопатией (9–11), либо как проявление защитных психологических механизмов (1, 2, 4, 5, 14). Существует и компромиссная позиция, когда авторы относят формирование алкогольной анозогнозии к действию комплекса органических и личностных факторов (3, 12).

По некоторым данным, пониманию болезненного характера алкогольной зависимости могут препятствовать отсутствие или недостаточная выраженность соматических нарушений, которые, прежде всего, ассоциируются с болезнью (1, 6). Однако и при наличии сопутствующей соматической патологии алкогольная анозогнозия не только не уменьшается, но и дополняется искаженной оценкой или полным игнорированием довольно серьезных соматических заболеваний (инфаркт миокарда, панкреатит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки и др.). Отрицание соматического заболевания наблюдается не только на поздних стадиях алкогольной деградации личности, но и тогда, когда выраженного интеллектуального снижения еще нет.

Малая степень изученности соматической анозогнозии у больных алкогольной зависимостью определила **цель** исследования, которая состояла в установлении механизмов этого феномена.

В задачи исследования входило: 1) описание особенностей самооценки соматического состояния больных алкоголизмом на этапе становления ремиссии; 2) оценка степени алкогольной энцефалопатии у больных алкогольной зависимостью II стадии и установление влияния интеллектуально-мнестического снижения на качество самооценки соматического состояния; 3) установление взаимосвязи и соотношения степени выраженности соматической и алкогольной анозогнозии.

### Материал и методы исследования

В исследование было включено 138 больных мужского пола со II стадией алкогольной зависимости. Исключались пациенты с наличием сопутствующих эндогенных психических заболеваний и тяжелых органических поражений головного мозга, а также злоупотребляющие алкоголем с одновременным систематическим приемом других психоактивных веществ.

Все больные были разделены на 2 группы: I группа – 70 пациентов с синдромом алкогольной зависимости II стадии с выраженной сопутствующей соматической патологией (средний возраст – 48,2±11,5 лет), II группа – 68 пациентов с синдромом алкогольной зависимости II стадии без выраженной сопутствующей соматической патологии (средний возраст – 40,5±8,3 лет).

Все обследования проводились только после купирования алкогольного абстинентного синдрома, чтобы исключить искажение результатов под влиянием как собственно похмельных расстройств (тревога, тоска, снижение темпа и продуктивности психической деятельности, ухудшение внимания), так и преходящих (обратимых) проявлений алкогольной энцефалопатии (нарушения памяти, истощаемость в сочетании со снижением ряда качественных характеристик мышления).

Использовались клинико-психопатологический, клинико-психометрический и экспериментально-психологический методы.

Стандартизация данных достигалась путем заполнения на каждого больного специально разра-

ботанной «Анамнестической карты больного алкогольной зависимостью». Собирались демографические сведения о пациенте, данные о наследственности, развитии, интересах, воспитании, социообразовательном статусе, особенностях преморбидного психического статуса, начале и течении алкоголизма. В анамнестическую карту были введены специальные пункты, отвечающие задачам исследования. Собирались сведения о наличии либо отсутствии у пациента сопутствующих алкоголизму соматических заболеваний. Оценивались ответы, характеризующие информированность пациента о соматическом заболевании, о результатах лабораторных, инструментальных исследований и других клинических обследований. Учитывалось возникновение тревоги и озабоченности при диагностике соматического страдания, готовность следовать рекомендациям врача и регулярность профилактических медицинских обследований после диагностирования соматического заболевания. Уделялось внимание отношению больного к потреблению алкоголя и алкогольным проблемам. Уточнялась форма потребления алкоголя и ее изменение с появлением соматической отягощенности. Помимо расспроса самого больного и ближайших родственников, использовались сведения из историй болезни и амбулаторных карт.

Экспериментально-психологический метод включал исследование самооценки (методика Дембо-Рубинштейн) и определение интеллектуально-мнестического уровня (исследование механической и опосредованной памяти, мышления и внимания пациентов).

Для исключения возможного искажения самооценки под влиянием депрессивных расстройств использовался клинико-психометрический метод. Полученные показатели обследования по шкале Гамильтона всех 138 больных свидетельствовали об отсутствии депрессивной симптоматики во время обследования и в течение последней недели до его проведения. Кроме того, все больные отрицали возникновение депрессивных состояний до начала злоупотребления алкоголем.

В группе с выраженной сопутствующей соматической патологией преобладали больные более старшей возрастной категории. Группы не различались по характеристикам семейной отягощенности алкоголизмом, уровню физического и психического развития в раннем детском и дошкольном возрасте. Особенности характера больных обеих групп в допубертатном периоде также не имели достоверных различий. Уровень образования больных в I группе оказался выше, чем во II группе. Анализ преморбидных личностных особенностей не выявил существенных различий между группами. Чаще встречались акцентуации гипертимного, эпилептоидного, неустойчивого и истероидного круга.

Среди сопутствующих соматических заболеваний у пациентов I группы наиболее часто встречались заболевания сердечно-сосудистой системы

(57%) и желудочно-кишечного тракта (54%). Кроме того, у пациентов I группы отмечались заболевания дыхательной (17%), эндокринной (14%), мочеполовой систем (7%). 43% больных I группы страдали сопутствующим соматическим заболеванием, у 57% пациентов отмечалась «комбинированная» соматическая патология.

Основные клинические характеристики алкогольной зависимости обследованных больных представлены в табл. 1.

Из клинических характеристик алкогольной зависимости группы достоверно различались лишь по давности существования алкоголизма. Пьянство большинства больных объединенной выборки носило запойный характер. Длительность ААС составляла 3-е суток и более. Частота встречаемости различных симптомов ААС оказалась приблизительно одинаковой, за исключением соматического дискомфорта, который возникал у пациентов I группы в 2 раза чаще ( $p < 0,001$ ).

У значительной части больных в обеих группах отмечалась выраженная социальная дезадаптация (табл. 2), которая в ряде случаев компенсировалась поддержкой ближайшего социального окружения.

Таблица 1

**Основные клинические характеристики алкогольной зависимости обследованных больных**

	I группа (N=70)	II группа (N=68)
Средний возраст первого употребления алкоголя (года)	15,9±2,2	15,7±2,2
Средний возраст учащения употребления алкоголя (года)	20,1±4,0	19,0±2,7
Средний возраст начала систематического употребления алкоголя (года)	24,6±7,5	23,0±4,3
Средний возраст начала злоупотребления алкоголем (года)	30,4±9,0	28,1±5,3
Средний возраст появления ААС (года)	33,4±8,6	30,9±5,6
Средняя длительность запоев (сутки)	15,3±7,0	13±6,0
Средняя суточная толерантность (мл водки)	835,7±0,4	850,7±0,3
Средняя давность существования алкоголизма (года)	17,8±9,9	12,4±6,6*

Примечание: \* – достоверность различий между аналогичными показателями  $p < 0,01$ .

Таблица 2

**Частота встречаемости факторов, свидетельствующих о дезадаптации**

	I группа (N=70) (%)	II группа (N=68) (%)
Разведены или никогда не были женаты	33	35
Конфликты в семье	39	28
Конфликты на работе	17	16
Частая смена работы	37	35

Возникновение конфликтов в семье и с руководством, разводы, частая смена места работы и снижение квалификации, как правило, были обусловлены пьянством. Больные могли периодически находиться на иждивении у родственников, а трудоустраивались в основном на низкоквалифицированную и временную работу.

### Результаты исследования

Отношение пациентов I группы к своему соматическому здоровью было представлено различными вариантами – от легкой недооценки до полного игнорирования угрожающих жизни заболеваний. 40% больных в этой группе демонстрировали полную не критичность к имеющимся соматическим заболеваниям. Как правило, эти пациенты не интересовались результатами лабораторных и инструментальных исследований, не знали показатели собственного артериального давления. У них отсутствовала тревога и озабоченность при обнаружении соматической патологии, не было готовности следовать советам врача, что впоследствии проявлялось нерегулярностью профилактических медицинских обследований. Остальные 60% больных демонстрировали в различной степени выраженности, но всегда низкую информированность об имеющейся существенной соматической патологии.

Отношение больных II группы к своему физическому здоровью оценивалось по тем же параметрам, так как во время обследования все пациенты проходили курс противоалкогольного лечения в стационаре. Учитывалась их заинтересованность в знании результатов анализов и исследований, цифр АД. Выяснялась регулярность профилактических медицинских осмотров, возникновение тревоги при диагностике какого-либо заболевания в анамнезе. Оценивалась озабоченность по поводу настоящего пребывания в больнице и готовность следовать советам врача. Во II группе 26% пациентов отличались полным безразличием к своему физическому состоянию, а 74% пациентов демонстрировали некоторую информированность в отношении своего здоровья.

Статистический анализ признаков, характеризующих отношение больных к своему здоровью, не выявил достоверного отличия между группами ( $p > 0,05$ ). В обеих группах отношение больных к своему заболеванию коррелирует с регулярностью профилактических медицинских обследований ( $p \leq 0,01$ ).

Э.Б. Карпова (8) изучала отношение к хронической соматической патологии у лиц, не страдающих алкоголизмом, но обнаруживающих наличие тяжелых физических заболеваний. Типы отношения пациентов к болезни определялись, исходя из оценок лечащих врачей. Среди прочих типов отношения больных к своим хроническим соматическим заболеваниям был выделен анозогностический тип. Пациенты этой группы активно отбрасывали мысль о болезни и ее возможных последствиях, отрицали очевидные проявления тяжелой соматической патологии, приписывая их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Такие пациенты отказывались от обследования и лечения, высказывали желание «обойтись своими средствами».

В табл. 3 представлены данные о встречаемости анозогностического типа отношения к имеющемуся соматическому заболеванию среди пациентов, не злоупотребляющих спиртными напитками, и у лиц, страдающих алкоголизмом.

Как следует из табл.3, встречаемость анозогностического типа отношения к соматической болезни достоверно выше у лиц, страдающих физическими заболеваниями в сочетании с алкогольной зависимостью, чем у пациентов, не страдающих алкоголизмом ( $p < 0,001$ ).

Отношение больных алкоголизмом обеих групп к пьянству, а также оценки степени злоупотребления алкоголем значительно отличались от объективных данных. Большинство больных обеих групп поступило в стационар для прохождения курса противоалкогольного лечения под давлением со стороны семьи или руководства, они были лишь формально настроены на лечение. Нередко больные затруднялись сформулировать цель поступления в наркологический стационар. Большая частота полной алкогольной анозогностии встречалась у пациентов I группы ( $p < 0,001$ ). Несмотря на более выраженную дезадаптацию и наличие серьезной сопутствующей соматической патологии, у них вдвое чаще отсутствовала критика к потреблению алкоголя (76%), чем у пациентов II группы (43%).

Для изучения самооценки была использована методика Дембо-Рубинштейн (шкалы – «Здоровье», «Ум», «Характер», «Счастье»). В табл. 4 представлены значения распределения больных обеих групп по уровням самооценки (высокий, средний, низкий) на четырех шкалах.

Таблица 3

**Встречаемость анозогностического типа отношения к соматической болезни**

Контингенты больных	Частота анозогностии (%)
Больные соматическими заболеваниями, не страдающие алкоголизмом (инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, сахарный диабет; всего 738 чел. – данные Э.Б.Карповой, 1986)	8
Больные алкоголизмом с сопутствующими соматическими заболеваниями (заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, дыхательной, эндокринной, мочеполовой систем; всего 70 чел. – данные настоящего исследования)	40*

Примечание: \* – достоверность различий между показателями  $p < 0,001$ .

Распределение больных обеих групп по уровням самооценки на 4-х шкалах (%)

Уровень	Шкала «Здоровье»		Шкала «Счастье»		Шкала «Ум»		Шкала «Характер»	
	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.
Высокий	22,6	37,7	32,6	47,2	27,4	39,6	40,3	49,1
Средний	50	51	36,7	41,5	67,8	52,8	53,2	47,1
Низкий	27,4	11,3*	30,7	11,3**	4,8	7,6	6,5	3,8

Примечание: \* – достоверность различий между аналогичными показателями  $p < 0,05$ ; \*\* – достоверность различий между аналогичными показателями  $p < 0,01$ .

Большинство результатов самооценки пациентов расходится с объективными данными. Часто самооценка и реальное положение дел полярно противоположны. Так, больные, страдающие выраженной соматической патологией, определяли свое здоровье как хорошее и удовлетворительное. При этом пациенты в обеих группах понимали под «здоровьем» свое физическое состояние и не связывали его со злоупотреблением алкоголем.

Больные могли характеризовать себя как «счастливых» людей, несмотря на потерянную вследствие пьянства семью и утраченные профессиональные навыки. Нередко к самым несчастным людям пациенты относили «опустившихся алкоголиков». Как правило, больные обеих групп были довольны состоянием своих умственных способностей. Постоянно ссорящиеся с родственниками называли свой характер положительным, близким к идеальному и не считали его причиной жизненных трудностей.

Различия в распределении самооценок установлены только на низком уровне по шкалам «Здоровье» ( $p < 0,05$ ) и «Счастье» ( $p < 0,01$ ). Для остальных показателей статистически значимых отличий выявлено не было ( $p > 0,05$ ). Оказалось, что больные, страдающие «комбинированными» соматическими заболеваниями, несколько чаще демонстрируют более низкую самооценку здоровья (35%), чем больные с одним соматическим заболеванием (21%).

Исследование механической памяти проводилось с помощью методики «заучивание десяти слов» (А.Р.Лурия). Сопоставление результатов с данными, полученными при обследовании здоровых людей, показало, что у пациентов обеих групп механичес-

кая память снижена по сравнению с показателями нормы (рис. 1).

Через час 8–10 слов помнили лишь 28% в обеих группах. У 37% больных общей выборки характер кривой запоминания свидетельствовал о неустойчивости и истощаемости активного внимания. Исследование не выявило различий средних значений в двух группах. Показатели опосредованного запоминания были также снижены.

Оценка опосредованного запоминания проводилась с помощью методики «Пиктограмма». Усредненный процент воспроизводимых через час слов по результатам двух методик представлен в табл. 5. Анализ полученных результатов не выявил достоверного различия между группами. Также не были выявлены количественные различия между показателями механической памяти и опосредованного запоминания внутри обследуемых групп.

Проективный тест «Пиктограмма» использовался также для оценки характера ассоциаций, динамики и продуктивности мыслительных процессов. Рисунки больных обеих групп были представлены образами, которые относятся к стандартным и повторяющимся из-за высокой частоты их встречаемости в протоколах здоровых лиц. Лишь в 20% протоколов встречались алкогольные образы, обычно свидетельствующие о сохраняющемся влечении к алкоголю. Подобные ассоциации встречались в основном в ответ на стимульные слова «вкусный ужин» и «веселый праздник», что может встречаться и у здоровых лиц.

Отдельные элементы, свидетельствующие об органических изменениях ЦНС (трудности или отказы от изображения абстрактного понятия; развернутость, обстоятельность, сценородность образов; стереотипность и недостаточная дифференцированность изображений), встречались в 58% протоколов больных I группы и в 44% протоколов больных II группы. Статистический анализ признаков выявил достоверное различие между группами

Таблица 5

Усредненный % воспроизводимых через час слов по результатам двух методик

	Усредненный % воспроизводимых через час слов	
	«заучивание 10 слов»	«пиктограмма»
I группа	62%	58%
II группа	64%	64%



Рис. 1. Средние результаты воспроизведения по методике заучивания десяти слов

лишь по параметру «отказ от изображения абстрактного понятия» ( $p < 0,01$ ).

Несмотря на то, что все пациенты на момент исследования проходили курс стационарного противополиэтилового лечения в психиатрической клинике, в разьяснениях рисунков, сделанных на слово «болезнь», не звучала полиэтиловая тематика. В основном, приводились далекие от личных переживаний больного образы, в разьяснениях не звучала субъективная значимость.

При выполнении субтеста «шифровка» из методики Д.Векслера, применяемого для оценки внимания и зрительно-моторной координации, ни один из пациентов не смог завершить задание досрочно, либо заполнить хотя бы 75% клеток за отведенное время. Средний балл в обеих группах не различался и составил  $36,1 \pm 11,3$  в I группе и  $36,6 \pm 10,3$  во II группе. Скорость выполнения задания была неудовлетворительной, что свидетельствует о снижении зрительно-моторной координации у пациентов обеих групп.

В обеих группах установлена связь между результатами проведенных тестов, свидетельствующая о том, что у больных полиэтиловой зависимостью II стадии изменение всех интеллектуально-мнестических процессов происходит одновременно и выражается в некотором ухудшении механической, опосредованной памяти, зрительно-моторной координации и внимания.

### Обсуждение

Существует несколько возможных причин, которыми может объясняться некритичное отношение больных к злоупотреблению полиэтилом и его последствиям:

- 1) наличие патологического влечения к опьянению;
- 2) грубый интеллектуально-мнестический дефект;
- 3) активизация психологических защитных механизмов.

Неправомерно объяснять отсутствие критики к зависимости от полиэтила исключительно наличием патологического влечения к опьянению, так как отмечено, что на донологическом этапе злоупотребления полиэтилом, когда патологическое влечение еще не сформировано, критическое отношение к пьянству уже отсутствует. Кроме того, критика к заболеванию часто не появляется даже во время длительных, многолетних ремиссий в периоды отсутствия патологического влечения к полиэтилу.

Психологические защитные механизмы мобилизуются при всех видах патологической зависимости. Наиболее явно они проявляются в тех случаях, когда злоупотребление психоактивным веществом вызывает общественное порицание. Эти механизмы снижают эмоциональную напряженность, сопровождающую интрапсихический конфликт, позволяют больному оправдывать злоупотребление полиэтилом, осуждаемое окружающими, но в то же

время мешают оценить тяжесть пьянства. Некритическое отношение к злоупотреблению полиэтилом распространяется на все, что так или иначе связано с пьянством. Отрицая наличие зависимости от полиэтила, больной по тем же механизмам психологической защиты отрицает и последствия пьянства, в том числе и наличие тех физических заболеваний, которые возникли после того, как сформировалась полиэтиловая зависимость.

Из результатов обследования пациентов следует, что уровень интеллектуально-мнестического снижения в обеих группах незначителен, несмотря на достоверное различие давности полиэтилизма. При этом критика к злоупотреблению полиэтилом и выраженной сопутствующей соматической патологии в подавляющем большинстве случаев отсутствует, а самооценка и реальное положение дел полярно противоположны.

Таким образом, из результатов обследования пациентов обеих групп следует, что уровень мнестико-интеллектуального снижения незначителен, а критика к злоупотреблению полиэтилом и выраженной сопутствующей соматической патологии в подавляющем большинстве случаев отсутствует, самооценка и реальное положение дел полярно противоположны. Известно, что у пациентов с органическими заболеваниями головного мозга травматического и сосудистого генеза степень мнестико-интеллектуального снижения более выражена, чем у обследованных больных полиэтиловой зависимостью, однако при этом у них сохраняется критика к своему психическому и физическому состоянию. Такие больные нередко страдают от осознания своего когнитивного дефекта и пытаются скрыть его от окружающих.

В случае соматической и полиэтиловой анозогнозии больных полиэтилизмом речь идет не о нарушении понимания событий из-за органического снижения, а о развитии личности со снижением интересов, потребностей, формированием иной системы ценностей и выдвижением на первый план механизмов психологической защиты. Психологические защитные механизмы, направленные на снижение эмоциональной напряженности, сопровождающей интрапсихический конфликт, не позволяют пациенту оценить тяжесть пьянства, степень изменения поведения, состояние своего физического и психического здоровья.

Основным методом воздействия на психологические защитные механизмы для преодоления некритического отношения к полиэтилизму и его последствиям, в том числе к наличию серьезной соматической патологии, является целенаправленное психотерапевтическое воздействие. Позитивных сдвигов позволяют добиться методы групповой и индивидуальной психотерапии, ориентированные на личность больного.

Преодоление соматической анозогнозии и закрепление негативного отношения к потреблению полиэтила возможно только при должной инфор-

мированности пациента о соматическом заболевании, которым он страдает, и его связи с алкоголизмом, об отличающихся от нормы результатах лабораторных и инструментальных исследований. К важным психотерапевтическим приемам относится совместный с больным анализ результатов экспериментально-психологического исследования, демонстрирующих наличие мнестико-интеллектуальных расстройств. Целью психотерапевтического воздействия является создание и укрепление трезвеннической установки, обучение

способам дезактуализации патологического влечения к алкоголю в случае его обострения во время ремиссии, а также формирование у пациента адекватных представлений о своей личности и ее месте в обществе. Дальнейшее исследование механизмов и факторов, определяющих формирование различных видов анозогнозии, представляется актуальным как в теоретическом, так и в практическом отношении, прежде всего, с точки зрения повышения эффективности терапевтических воздействий.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баранова О.В. Алкогольная анозогнозия и ее преодоление в процессе лечения больных алкоголизмом. Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 187 с.
2. Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. – М.: Медицина, 1986. – 272 с.
3. Бокий И.В., Гузиков Б.М. Преодоление анозогнозии при алкоголизме в процессе групповой ПТ // Клинико-психологические исследования групповой психотерапии (при нервно-психических заболеваниях). – Л., 1979. – С. 95–99.
4. Братусь Б.С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. – М., 1974. – 96 с.
5. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. Отношение к болезни, алкогольная анозогнозия и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. – 1993. – № 2. – С. 11–21.
6. Голубков О.З. Об алкогольной зависимости и анозогнозии // Запорожский медицинский журнал. – 2003. – № 4. – С. 85–88.
7. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Изд-во МГУ, 1986. – 286 с.
8. Карпова Э.Б. Разработка и клинико-психологическая апробация методики исследования системы отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями. Дисс. ... канд. психол. наук. – Л., 1986. – 190 с.
9. Лукомский И.И. Лечение хронического алкоголизма. – М.: Медицина, 1960. – 95 с.
10. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. Изд. 2-е. – Л., 1973. – 368 с.
11. Сметанников П.Г. Структура и механизмы алкогольной анозогнозии // Материалы I-го съезда психиатров социалистических стран. – М., 1987. – С. 494–497.
12. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. – М.: Медицина, 1973. – 384 с.
13. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. – М., 1973. – 392 с.
14. Bishop D.R. Chemical aspects of denial in chemical dependency // Individual psychology. – 1991. – Vol. 47, N 2. – P. 199–209.

## SOMATIC ANOSOGNOSIA IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

P. A. Ponizovsky

Alcohol-related anosognosia happens to be a serious obstacle in the treatment of alcohol dependence, also because it is associated with distorted estimation of one's health and neglect of serious somatic disorders. In order to investigate the mechanisms of somatic anosognosia, the author studied 138 alcoholics in the second phase of the disease; half of them had physical disorders like myocardial infarction, pancreatitis, stomach ulcer and other internal diseases. The memory, concentration and

intellectual problems found in persons studied with the help of diagnostic instruments were not significant and could not influence lack of insight on issue of drinking and severe somatic disorders. In the majority of cases (in the absence of symptoms of dementia) alcohol-related anosognosia happens to be a psychological defense that neutralizes the intrapersonal conflict. The latter is associated with the person's inability to live without alcohol and condemnation of his drinking by environment.