

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ
АНАЛИЗ
ИЗМЕНЕНИЙ
ЛИЧНОСТИ
ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ**

Б. С. БРАТУСЬ

Б. С. БРАТУСЬ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ
АНАЛИЗ
ИЗМЕНЕНИЙ
ЛИЧНОСТИ
ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

ИЗДАТЕЛЬСТВО
МОСКОВСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА

1974

Печатается по постановлению
редакционно-издательского совета
Московского университета

Рецензенты:

Доктор медицинских наук *А. Г. Гофман*
Доктор психологических наук *С. Я. Рубинштейн*

© Издательство Московского университета, 1974 г.

Б $\frac{10508-123}{077(02)-74}$ 22-74

*Посвящается
моему отцу
Сергею Никитичу Братусю*

Предисловие

Последние годы внимание психологов привлекает не столько изучение распада отдельных психических функций, сколько исследование личности душевнобольного человека. Это направление отвечает как запросам общей психологии, так и запросам психиатрии, поскольку для обеих наук проблема личности становится все более актуальной. Предлагаемая читателю работа принадлежит к тому же кругу исследований. В ней сделана попытка с позиций современной отечественной психологии проанализировать изменения личности при хроническом алкоголизме.

По вопросам алкоголизма существует чрезвычайно обширная литература, проводится множество исследований, что обуславливается как научной и медицинской, так и социальной значимостью всякого продвижения в изучении этой болезни. Однако если биологическая сторона влечения к алкоголю раскрыта относительно полно, то психологические закономерности изменений личности при алкоголизме остаются малоизученными. Между тем очевидно, что знание этих закономерностей необходимо не только для более полного понимания сущности алкоголизма, но и для разработки практических мер, связанных с лечением, трудовой и социальной реабилитацией больных. С другой стороны, данные исследования личности при алкоголизме могут быть использованы при разработке некоторых теоретических вопросов общей психологии.

В книге не представлен разбор всех возможных форм нарушений личности при алкоголизме. Автор ограничился рассмотрением типичных изменений личности, которые возникают у первоначально психически здорового человека под влиянием болезненного пристрастия к алкоголю. Такое ограничение представляется на данном этапе исследования правомерным, ибо, прежде чем перейти к анализу вариантов патологического развития личности при алкоголизме, необходимо составить представление о наиболее общих, наиболее типичных закономерностях этого процесса.

Автор считает приятным долгом выразить глубокую благодарность профессору Б. В. Зейгарник, академику АПН СССР А. Р. Лурия, доктору психологических наук С. Я. Рубинштейн за помощь, оказанную в осуществлении настоящего исследования.

Явления абстиненции проявляются у больных хроническим алкоголизмом при падении уровня алкоголя в крови: в начальных стадиях — спустя 8—12 часов после выраженного опьянения (обычно наутро после алкогольного эксцесса); затем в ходе болезни это время сокращается и в поздних стадиях (спустя 10—15 лет после начала систематического злоупотребления) явления абстиненции могут наступать через 1—3 часа после прерывания запоя.

Состояние абстиненции характеризуются тяжелыми физическими и неврологическими расстройствами: больные испытывают крайнюю слабость, выраженное дрожание (тремор) рук, сердцебиение, отдышку. Все это сопровождается расстройством сна, подавленным настроением, раздражительностью. Надо заметить, что в отличие от неприятного состояния похмелья, которое испытывают и нормальные субъекты, состояние абстиненции носит у больных алкоголизмом затяжной и мучительный характер. Это и понятно. В норме наблюдается неспецифическая реакция здорового организма на отравление (интоксикацию) алкоголем. Болезнь же изменяет сам организм, который реагирует уже не столько на отравление, интоксикацию алкоголем, сколько, напротив, на прерывание этой интоксикации. Организм теперь уже нуждается в принятии алкоголя как необходимого средства для восстановления нарушенной жизнедеятельности. Поэтому абстинентная симптоматика по мере удаления от приема алкоголя не затухает, как в норме, но продолжает нарастать [5] и держится в развернутых стадиях болезни до 7—10 дней.

Появление отдельных компонентов абстинентного синдрома возможно и вне интоксикации алкоголем. Обычно это наблюдается уже в развернутых стадиях заблевания, когда даже после длительной ремиссии (воздержания от алкоголя) больные испытывают эпизодические состояния, напоминающие абстинентный синдром: нарушение сна, тревожность, выраженный тремор и т. д. Эти состояния, описанные И. Н. Пятницкой, носят название псевдоабстинентного синдрома [40].

Мучительные для больных проявления абстиненции частично или полностью снимаются (купируются) только повторным принятием алкоголя. Причем дозы алкоголя, способные снять явления абстиненции, постоянно

растут в ходе болезни. Тем самым алкоголь в состоянии абстиненции становится для больных как бы жизненно необходимым лекарством.

Однако повторное потребление алкоголя не только снимает явления абстиненции, но и снова рождает непреодолимое стремление к алкоголю. И нередко утреннее похмелье приводит к новому злоупотреблению, так что к вечеру, вследствие «потери контроля за количеством выпитого», больные вновь приходят в состоянии глубокого опьянения.

Такой характер употребления алкоголя становится обычным сначала для выходных дней (так называемое пьянство выходного дня), затем распространяется на последующие дни, наконец, становится каждодневным. В этой стадии больные, правда, могут прекратить на время систематическое употребление алкоголя из-за внешних, ситуационных моментов.

В исходных стадиях, когда состояние абстиненции возникает от все меньших доз алкоголя и через все более короткое время, появляются тяжелые и длительные запои. Если запой в предыдущих стадиях болезни (псевдозапой) могли прекратиться из-за тех или иных ситуационных моментов (например, отсутствие денег), то запой в исходных стадиях болезни (истинные запои) почти не зависят от внешних обстоятельств и прекращаются главным образом из-за тяжелого соматического состояния и уже физической невозможности принятия спиртных напитков.

Непосредственной причиной запоя может служить порой случайное употребление алкоголя. Затем больной «теряет контроль за количеством выпитого» и доводит себя до глубокого опьянения. Вслед за этим возникают абстинентные явления и, чтобы избавиться от них, больные вынуждены через каждые 2—3 часа принимать очередную дозу алкоголя, тем самым все время находясь в состоянии тяжелого опьянения.

Во время запоя нарастают вегетативные расстройства, исчезает сон, аппетит, больные значительно теряют в весе и к концу запоя находятся в состоянии крайней слабости и оглушения. В запойной стадии алкоголизма на фоне абстиненции возникают и наиболее тяжкие, психотические проявления болезни: белая горячка, острый алкогольный галлюциноз и др.

Кроме описанных основных симптомов болезненного пристрастия к алкоголю или «физической зависимости» от алкоголя существует и целый ряд других. Например, изменение толерантности (переносимости) к алкоголю. Сначала потребление алкоголя растет, достигая в развернутых стадиях болезни 1,5—2 литров водки в день, затем — падает, и в поздних стадиях болезни больные могут пьянеть от 25—100 г водки. В ходе болезни изменяется также тип пьянства: больные начинают пить вне компании, в одиночестве; изменяется и качество опьянения: алкоголь перестает оказывать эйфоризирующее действие, в состоянии опьянения нередко появляется злобность, агрессивность, быстро наступает оглушенное состояние с последующей частичной, а затем и полной амнезией.

Для того чтобы остановить болезнь, необходимо абсолютное воздержание от любых алкогольных напитков. Однако измененная реакция организма на действие алкоголя («потеря контроля», абстинентный синдром и др.) не исчезает даже при длительном и полном воздержании. Как подчеркивают психиатры: «Алкоголик однажды — алкоголик всегда». Известны факты, когда случайное употребление алкоголя спустя 7—15 лет от начала воздержания приводило к тяжелым запоям, к рецидиву алкоголизма, причем иногда совершенно неожиданно для самого человека, казалось бы давно избавившегося от болезни и успевшего забыть о ней.

Хроническое отравление (интоксикация) алкоголем приводит не только к появлению признаков органической потребности в алкоголе, но и к явлениям так называемой алкогольной (токсической) энцефалопатии. К ним в первую очередь относят интеллектуально-мнестическое снижение, колебания внимания, эмоциональную лабильность, истощаемость нервных и психических процессов. В начале болезни эти нарушения выступают в слабой форме и обнаруживаются только в специальном экспериментально-психологическом исследовании. Постепенно признаки энцефалопатии становятся все более отчетливыми, слагаясь иногда в исходной стадии болезни в картину выраженного слабоумия.

Такова краткая характеристика основных симптомов болезни. Переходим теперь к обзору точек зрения на изменения личности, происходящие в ходе алкоголизма.

лиц и вместе с тем становится бременем для общественной благотворительности» (Н. Е. Введенский).

Сходно описывая нарушения личности, авторы расходились в вопросе о причинах их возникновения. Одни считали, что такие особенности личности, как слабоволие, отсутствие моральных задержек, сами по себе ведут к неумеренному потреблению алкоголя, другие рассматривали нарушения личности в основном как следствие болезни. То или иное решение вопроса имело принципиальное теоретическое и практическое значение. Этот вопрос вызывает порой дискуссии и сегодня.

«Много споров, много времени потрачено было на разрешение вопроса, потому ли отдельный индивидуум пьет, что он болен, или он потому только и болен, что он пьет,— писал в 1910 году русский психиатр Г. И. Дембо.— Однако едва ли можно допустить, что подобное массовое явление основано на порочных наклонностях или на болезненном состоянии различных классов населения. Именно такой массовый алкоголизм говорит за то, что первопричины этого явления должны заключаться не в каких-либо единичных, индивидуальных особенностях, а носят более общий и более глубокий характер». Такая точка зрения была, конечно, прогрессивна в социальном отношении. Ведь если значительные нарушения личности возникают главным образом вследствие систематического употребления алкоголя, то тогда надо бороться с распространением алкоголя и с теми условиями жизни, которые порождают его употребление.

В ходе дальнейших исследований были получены факты, заставившие во многом пересмотреть точку зрения на личность больного алкоголизмом. В тридцатых годах видным советским психиатром С. Г. Жислинным [13] был описан алкогольный абстинентный синдром (синдром похмелья, синдром лишения). В сороковых годах Еллинек [63] описал симптом «потери контроля за количеством выпитого», который, по мнению автора, объяснял неспособность алкоголика остановить чрезмерное пьянство. Исследования все более раскрывали алкоголизм как тяжелое прогрессирующее заболевание со значительными биологическими сдвигами. Одним «слабоволием» или «порочными наклонностями» развитие такой болезни было объяснить трудно, и взгляд на алкоголика только как на слабохарактерного, интеллектуально сни-

женного человека начинает исчезать со страниц научной литературы, прочно оставаясь лишь в житейском, обыденном сознании.

В современной зарубежной литературе часто говорится о тесной связи алкоголизма с неврозами и психопатиями. Как невротический симптом рассматривают алкоголизм многочисленные психоаналитические концепции. По мнению Фрейда, в основе влечения к алкоголю лежат конфликты, возникшие еще в раннем детстве. Согласно Адлеру, психологию личности алкоголика определяет стремление преодолеть чувство собственной неполноценности. Современные психодинамические концепции рассматривают особенности психики больного алкоголизмом как следствие внутриличностных конфликтов. Алкоголь в этой ситуации становится одним из методов «защиты», «ухода» от действительности.

Перечисленные взгляды непосредственно вытекают из теоретических положений психоанализа (идеи «вытеснения», «защиты» и т. д.), согласно которым всякое проявление психики, в том числе и психическая болезнь, есть функция бессознательных внутренних импульсов. Основным пороком психоаналитических теорий личности является, по словам Л. И. Божович, «признание ими консервативности изначальных влечений, которые, помимо сознания, вопреки ему, требуют своего удовлетворения и как бы из подполья определяют и поведение человека и формирование его личности» (4, стр. 83).

В исследованиях советских психиатров (А. А. Портнов, И. И. Лукомский, И. В. Стрельчук и др.) подчеркивается значение традиций и среды как почвы для возникновения алкоголизма. Подавляющее большинство больных алкоголизмом выходит из той среды, где пьянство не осуждается, а чаще, напротив, считается общепринятым и даже обязательным в целом ряде случаев. Авторы подчеркивают, что особенно велико влияние «алкогольных традиций» и «компаний» при раннем (до 20 лет) возникновении алкоголизма. В то же время неврозы не играют главной роли в возникновении и дальнейшем течении алкоголизма.

Некоторые зарубежные исследователи также не считают алкоголизм следствием невротической организации психики. Они связывают неврозоподобную симптоматику, с одной стороны, с изменениями нервной системы, к

которым ведет хроническая интоксикация алкоголем, а с другой стороны — с «психологически понятной» реакцией на неизбежные конфликты с семьей, обществом, возникающие в ходе болезни.

В современной, прежде всего отечественной литературе широко представлены описания вариантов патологического развития личности при алкоголизме, которые основаны главным образом на констатации того или иного типа дефекта. Так, И. И. Лукомский выделяет изменения личности алкоголиков сближающие их в одних случаях с клиникой органических заболеваний мозга, в других — с эпилептическим характером, в третьих — с изменениями аффективной сферы и эгоцентризмом, напоминающим аутистическое поведение больных шизофренией, в четвертых — с различными формами психопатий [30].

Значительное место в анализе изменений личности при алкоголизме отводится органическому снижению, энцефалопатии, возникающей вследствие хронической интоксикации. При этом нарушения личности нередко рассматриваются как одно из следствий энцефалопатии наряду с другими признаками токсического поражения нервной системы.

Неоднородность точек зрения на природу нарушений личности при алкоголизме обусловлена разными общетеоретическими установками авторов. Представленные взгляды в известной мере отражают существующие подходы к исследованию патологии личности и при других психических заболеваниях.

Сходным для многих работ по алкоголизму остается описательный подход к вопросам изменения личности. Психиатрическая литература наводнена описаниями, порой очень красочными, того, что происходит с человеком под влиянием систематического злоупотребления алкоголем. Однако, как известно, описание происходящего явления, пусть самое верное и яркое, еще не дает нам научного знания, оно лишь необходимая основа для дальнейшего анализа, призванного проникнуть в сущность описанного явления, призванного выделить присущие данному явлению закономерности.

Как подчеркивается в одной из последних монографий по алкоголизму [40], описание личности алкоголика дается преимущественно в этическом плане — лживый,

эгоист и т. п. Понятно, что такие морально-этические оценки, заимствованные из публицистической литературы, не могут служить научными критериями деградации, в которых так нуждается сейчас теория и практика психиатрии.

Сам процесс изменения личности описывается примерно в тех же оборотах, что и в начале века: «более (менее) выраженное снижение личности» и т. п. Какое позитивное психологическое содержание кроется за этими в сущности интуитивными оценками, остается пока что малоизученным.

Нарушения личности рассматриваются во многих работах вне их развития, в отрыве от целостной структуры личности. Взять «слабоволие» старых авторов или то, что современный зарубежный ученый Купершмит называет «ключом к пониманию алкогольной личности» — неспособность сопротивляться напряжению [60]. Действительно, хорошо известно, что больные хроническим алкоголизмом легко поддаются уговорам, пасуют перед трудностями, т. е. проявляют неспособность сопротивляться напряжению, или, проще говоря, слабоволие. Однако это слабоволие существенно отличается от слабоволия, скажем, у больных с поражением лобных долей мозга. При определенных ситуациях (например, при добывании денег на алкоголь) больные алкоголизмом могут проявить достаточно воли, упорства и «сопротивления напряжению» в достижении цели.

Значит дело не только в том, чтобы выделить и описать ту или иную черту личности, но нужен конкретный психологический анализ ее развития, ее места в структуре личности. А для этого в первую очередь необходимо проследить общие психологические закономерности формирования данного вида патологии личности.

Имеющаяся в литературе психологическая трактовка представляется пока что малоубедительной. За рубежом личность больного истолковывается главным образом в психоаналитических терминах. В отечественной литературе — нередко в понятиях старой ассоциативной психологии — психологии функций.

В данной книге мы не стремимся дополнить описания особенностей личности больных хроническим алкоголизмом — они достаточно представлены в литературе и в материалах историй болезни. Целью работы являет-

ся квалификация описанных клиницистами фактов в понятиях современной отечественной психологии и попытка выделить на этой основе некоторые общие закономерности процесса формирования данного вида патологии личности.

* * *

*

Правомерность и актуальность выбранной цели исследования вытекает не только из запросов психиатрии, но в неменьшей степени и из задач психологической науки, прежде всего из задач патопсихологии.

Патопсихологические исследования личности шли главным образом по линии изучения личностного (мотивационного) компонента в структуре мышления, памяти, восприятия.

Эти работы имели большое значение как для общей психологии, так и для психиатрии. С одной стороны, были получены экспериментальные факты, которые доказывали, что рассмотрение всех психических процессов должно включать и изучение особенностей личности. С другой стороны, эти исследования преодолевали до сих пор существующие в психиатрии и идущие от старой ассоциативной психологии взгляды на психику как на набор, конгломерат функций. Они убедительно показали, что мышление, память, восприятие не «уменьшаются» во время болезни, но происходит сложный процесс их изменения как различных форм психической деятельности.

Однако изучение личностного аспекта той или иной деятельности есть лишь один, хотя и очень важный, путь исследования особенностей личности душевнобольного человека. Как замечает С. Л. Рубинштейн, «личностный аспект в изучении восприятия, мышления и т. д. необходим... но это все-таки только аспект и сделать его единственным — значит закрыть себе путь для раскрытия всех и прежде всего самых общих закономерностей психической деятельности» ([42], стр. 313).

Другой особенностью патопсихологических работ является преимущественная направленность на изучение уже сложившихся, выраженных психических нарушений. Остается, однако, малоисследованным сам процесс дег-

радации, приводящий к патологическим нарушениям личности. Между тем подобный анализ отвечал бы одному из основных принципов отечественной психологии, согласно которому к психологическим явлениям нельзя подходить как к «готовым» формам. Чтобы понять их природу, их следует изучать в становлении, в развитии (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия, А. В. Запорожец, П. Я. Гальперин и др.).

Такой «генетический» подход может, на наш взгляд, не только более полно раскрыть природу аномальной личности, но и дать ценный материал для решения некоторых теоретических вопросов общей психологии.

Сказанное не означает, что выводы, полученные при изучении процессов распада психики, можно непосредственно использовать для объяснения особенностей нормального развития. Именно неправомерное игнорирование качественных различий между процессами распада и развития лежит в основе ряда популярных за рубежом современных теорий (Кеттел, Айзенк и др.), которые строят структуру личности как больной, так и здоровой из одних и тех же категорий психопатологии. Между тем многолетними исследованиями Б. В. Зейгарник и ее сотрудников убедительно доказаны качественные различия между процессами распада и развития психики [15, 17, 18].

Однако признание качественных отличий между распадом и развитием психики вовсе не означает, что став больным, человек вдруг перестает быть существом социальным, перестает быть личностью. При психической болезни «поражается» не психическая деятельность, а мозговой субстрат [37]. Лишь позднее, в ходе жизни человека с больным мозгом, появляются те или иные нарушения психической деятельности [45].

Поэтому правомерно и необходимо как применение психологических знаний к анализу патологического развития личности, так и использование некоторых результатов этого анализа при разработке ряда проблем общей теории личности. К их числу можно отнести проблему перехода ситуационно-обусловленных мотивов в устойчивые личностные образования¹, исследование роли

¹ Важность этой проблемы особенно подчеркивал С. Л. Рубинштейн: «Узловой вопрос — это вопрос о том, как мотивы (побуж-

биологических особенностей человеческого организма в формировании психических процессов и ряд других.

Какие возможны средства для осуществления намеченного подхода — психологического анализа процесса изменений личности при алкоголизме?

дения), характеризующие не столько личность, сколько обстоятельства, в которых она оказалась по ходу жизни, превращаются в то устойчивое, что характеризует данную личность» ([43], стр. 36).

пользования этих и ряда других методов исследования личности психически больных.

Однако перечисленные методы имеют, на наш взгляд, один существенный недостаток — они носят «констатирующий» характер. Они позволяют раскрыть и описать те или иные особенности личности, но остается неясным, как именно сложились эти особенности, каковы закономерности их формирования. Поэтому такие методы кажутся малопригодными для осуществления задачи данной работы — изучения процесса формирования нарушений личности.

Указанного недостатка лишен путь исследования личности, который в последнее время начинает привлекать внимание патопсихологов — психологический анализ материалов историй болезни. Этот метод и был выбран в качестве основного для данной работы. Остановимся на нем подробнее.

* *
*

Известно, что патопсихология как отрасль психологической науки должна в своих исследованиях постоянно опираться на общую теорию психологии. Однако в общей психологии проблема личности остается пока еще малоизученной. Поэтому, по мнению Б. В. Зейгарник [18], в исследовании патологии личности нужно исходить из тех понятий общей психологии, которые на сегодня наиболее разработаны в теоретическом отношении. Такими в отечественной психологии являются понятие *деятельности* и тесно связанные с ним понятия *потребности*, *мотива*, *личностного смысла*.

Исследование мотивационной сферы личности требует, как считает А. Н. Леонтьев, объективных данных «анализа деятельности субъекта при изменении мотивации — или при естественном, например, происходящем в ходе онтогенетического развития, или вызываемом в экспериментальной ситуации» ([26], стр. 12). Изменение мотивации возникает не только при названных условиях, но и в ходе душевной болезни.

Исследования патологического развития имеют даже известные методические преимущества по сравнению с исследованиями онтогенетического развития. По словам

Д. Б. Эльконина и Т. В. Драгуновой, «детской психологии, так богатой фактами о развитии отдельных сторон психики ребенка, явно не хватает «клиники» детского развития», т. е. систематического описания «одних и тех же детей на протяжении всего возрастного периода с фиксацией их поведения, деятельности и взаимоотношений с окружающими во всех основных сферах жизни» ([58], стр. 6). Такого рода материал, т. е. систематическое описание поведения, деятельности и взаимоотношений с окружающими одних и тех же больных на протяжении длительного периода их жизни содержится в исследованиях психиатров и главным образом в данных историй болезни.

Несколько слов о содержании истории болезни в психоневрологической клинике. Сюда входят данные опроса самого больного (субъективный анамнез), данные о нем со слов его родственников (объективный анамнез), сведения о больном, полученные от сослуживцев, соседей; описание обстановки, в которой он живет (данные «обследования на дому»). Во время пребывания в больнице (как правило, оно длительное — по месяцу и более) почти ежедневно делаются записи о поведении больного в отделении, его отношении к больничной обстановке, круг его общения с больными, его обычные интересы, занятия в свободное время и т. п. Кроме того, в истории болезни представлены результаты обследования больного различными специалистами: невропатологами, физиологами, патопсихологами и др.

Все эти сведения заполняются каждый раз, когда больной поступает в клинику. Обычно больной впервые поступает в клинику в самом начале заболевания, при первых его приступах, а затем — нередко в течение нескольких лет — многократно стационарируется повторно. В итоге история болезни хронического больного, многократно поступавшего на стационарирование, представляет из себя подробный отчет, в котором отражена история личностных изменений, история формирования новых, ранее не наблюдавшихся, особенностей личности¹.

По одной истории болезни, какой бы она ни была полной, трудно, конечно, судить об общих закономернос-

¹ Следует оговориться, что речь идет далеко не о всякой истории болезни, а только о наиболее полных, составленных по всем правилам психиатрического искусства.

тях формирования того или иного вида патологии личности². Для того чтобы выводы были объективны, необходимо сравнение многих историй болезни, дополненное экспериментальными исследованиями.

В результате, несмотря на индивидуальность каждого отдельного больного, можно получить представление о некотором стереотипе изменений деятельности при том или ином психическом заболевании, точно так же, как детская психология выделяет общие закономерности развития, несмотря на очевидную индивидуальность каждого отдельного ребенка.

² Хотя в психологии и психоневрологии известны случаи, когда наблюдения за одним больным давали основания для законченных и совершенных теоретических построений. Так, докторская диссертация известного немецкого психолога и психоневролога К. Гольдштейна написана на основании клинического и психологического исследования одного больного Ш. (Данные, любезно предоставленные проф. Б. В. Зейгарник.)

ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

В психиатрической литературе ведутся споры о том, какое действие оказывает болезненное пристрастие к алкоголю на людей с ослабленной нервной системой, на психически больных. Как уже говорилось, в данной работе нас будут интересовать лишь те изменения личности, которые возникают под влиянием алкоголизма у первоначально психически здоровых людей. При этом мы не будем касаться вариантов и рассмотрим только «среднее», типичное течение процесса деградации личности¹ при хроническом алкоголизме.

Такой способ рассмотрения представляется вполне правомерным, поскольку при всей индивидуальности путей деградации можно выделить целый ряд «осевых» моментов, через которые проходит большинство случаев хронического алкоголизма. «При всем разнообразии клинических проявлений алкоголизма,— пишет И. И. Лукомский,— связанные с последним изменения личности, обнаруживают наличие некоторых общих черт» ([30], стр. 320).

Познакомимся с этими «общими чертами» на примере четырех, на наш взгляд, достаточно типичных судеб больных хроническим алкоголизмом. Описания составлены по материалам историй болезни.

¹ Термин «деградация личности» не является в настоящее время общепринятым и понимается разными авторами неоднозначно. Здесь и далее мы пользуемся понятием «деградация», подразумевая под ним весь процесс личностных изменений, следствием которого является данный вид патологии личности.

Больной Э-ев, 1910 года рождения.

Наследственность не отягощена. Рос и развивался нормально. В детстве имел много друзей среди сверстников. В школе с 8 лет, учился хорошо. В старших классах много занимался общественной деятельностью. В дальнейшем работал в органах суда и на профсоюзной работе. В 1937—1941 годах прошел курс Московского заочного юридического института. После института работал в юридических учреждениях. По характеристике сослуживцев был целеустремленным, собранным, уравновешенным по характеру человеком. С работой справлялся, имел благодарности. Женат с 1932 года, отец двух детей.

До 1941 года выпивал редко и мало, всегда в компании и по определенному поводу (встречи, праздники и т. д.). В состоянии опьянения повышалось настроение, становился веселым, благодушным. Постепенно частота приема и дозы алкоголя увеличивались.

Потребность в опохмелении [граница так называемого «бытового пьянства» и алкоголизма по С. Г. Жислину (13)] сформировалась к 1948 году. К этому времени изменяется характер опьянения: большой злбен, напряжен, иногда плаксив. Но Э-ев продолжает работать на прежнем месте вплоть до 1952 года — его увольняют в связи с обострившейся язвой желудка — он получает инвалидность III группы.

Постепенно Э-ев перестал интересоваться делами семьи, воспитанием детей. Перестал посещать прежних друзей, он завел новых, с которыми пьет. Почти все свободное время проводит в этой «компании».

В 1954 году распалась семья больного — он разошелся с женой. Теперь больной пьет запоями, в состоянии опьянения испытывает страх, пытался броситься под машину. С этой симптоматикой был впервые стационарирован в психоневрологическую больницу в 1955 году.

В больнице быстро осваивается, интересуется жизнью отделения, много читает. С персоналом вежлив. При первом же поступлении в больницу обнаруживается сниженная критика к своему состоянию. Считает, что пьет из-за обстоятельств, «как все», «каждый бы запил на его месте» и т. п.

После выписки Э-ев добивается направления на квалифицированную работу в другой город. Но, не использовав назначения, вскоре запил. Стал продавать вещи, чтобы добыть деньги на водку. Сам обратился к психиатру и был вновь стационарирован в больницу. Пребыванием в больнице не тяготится. Свои запои пытается объяснить «объективными» причинами.

После выписки больной приступает к работе. Не пьет 4 месяца. Затем новый запой (с 1 мая 1956 года), ежедневно употребляет до 600 граммов водки. Вновь стационарирование в больницу. Э-ев просит врача помочь «самыми радикальными способами». «Так жить больше не могу», — говорит он. Несмотря на твердую, казалось бы, установку на трезвость, сразу же после выхода из больницы стал выпивать, сначала немного, затем запоями.

Изменился характер выпивки — Э-ев отошел от прежней «компании», пьет один или в магазине со случайными людьми. Когда нет денег на выпивку — продает вещи.

Ярким документом в истории болезни является отчет о бытовом обследовании, которое было проведено в 1958 году. Вот некоторые выдержки из него: «Больной Э-ев живет один. Комната находится в антисанитарном состоянии, вместо стола — ящик из под фруктов. Больной пьет ежедневно. У больного от первого брака два сына — статные, красивые юноши, которые часто волоком доставляют больного в его комнату... Ежедневно больного разыскивают частные граждане, у которых он по под разными предлогами брал взаймы деньги. В настоящее время больной выманивает у людей деньги под предлогом, что продает хорошую комнату 20 квадратных метров со всеми удобствами. На самом деле комната небольшая при кухне, без удобств... Разошелся со второй женой. Когда бывают деньги, ходит к какой-то женщине, когда деньги кончаются — она его выгоняет...»

С каждым поступлением в больницу (а всего их в период с 1955 по 1969 год было 18) изменяется поведение больного. Из вежливого при первых посещениях он становится злобным, напряженным, навязчивым при повторных. С лечащим врачом держится угодливо, заискивает. Но эта угодливость может легко перейти в грубость. Больной меняет места работы, нигде не удерживается из-за пьянства. С 1960 г. работает не по специальности (по найму, коректором на дому). Последние годы не работает.

Больной С-ов, 1928 года рождения.

Наследственность не отягощена. Рос здоровым, подвижным ребенком. В школу пошел с 8 лет, учился хорошо. Окончил 7 классов (из-за материальных затруднений в семье не смог продолжить учебу) и поступил на завод учеником токаря. Вскоре начал работать самостоятельно. С 20 лет работал токарем высокого разряда.

До болезни — общительный, энергичный, деятельный. Не раз избирался в различные общественные организации при заводе, пользовался большим авторитетом среди рабочих. Со слов жены и соседей был хорошим семьянином, очень любил детей, сам изготавливал для них игрушки. Много читал, особенно увлекался приключенческой литературой.

Алкоголь стал употреблять с 16 лет: «мастер угостил». После небольших доз быстро пьянел и ничего, кроме отвращения к алкоголю, не испытывал. Лишь со временем состояние опьянения стало сопровождаться повышенным настроением, С-ов становился словоохотливым, благодушным, веселым. Постепенно, для того чтобы появилось такое «приподнятое» настроение, приходилось все больше увеличивать дозы алкоголя.

Вначале С-ов пил вместе с товарищами, по определенному поводу (главным образом во время праздников, вечеринок). С 1952 года стал пить чаще — в дни получек, затем каждый выходной день.

С 1957 года появились признаки болезненного пристрастия к алкоголю (симптом «потери контроля», абстинентный синдром и др.). С этого времени стали заметными и изменения характера С-ова. Он становится раздражительным, нередко злобным, агрессивным. Перестал уделять внимание семье, лишь иногда, после запоя, вновь становился прежним, принимался что-нибудь мастерить по дому, играл с детьми. Однако со временем такие периоды активности становились все более редкими.

Изменилось отношение С-ова к работе: стал приходиться на работу в нетрезвом состоянии, появились прогулы. Был уличен в краже — несколько раз выносил с территории завода листовое железо, затем продавал его и тут же пропивал деньги. В 1961 году С-ов после многих предупреждений и выговоров был уволен с завода.

В 1962 году С-ов по настоянию жены обратился в психоневрологический диспансер и был стационарирован в психоневрологическую больницу. На приеме у врача держался развязно, говорил, что жена вдруг вообразила, что он алкоголик, а он пьет «как все — в праздники, да в получку». От лечения отказывался, настаивал на скорой выписке.

После выхода из больницы сразу начал пить. В состоянии тяжелого опьянения пытался повеситься в ванной комнате — был спасен и доставлен сначала в районную больницу, а затем в психоневрологическую больницу. О попытке самоубийства говорил легко, со смехом: «Перепил малость». В беседе с врачом — благодушен, самодоволен. Критики к своему состоянию нет. С-ов считал, что пьет «из-за жены», ушел с работы, потому что «начальство придиралось». и т. п.

После выписки С-ов устроился на работу в ремонтную мастерскую. Первое время не пил, справлялся с работой. Затем вновь стал пить запоями, с работы был уволен. Часто ссорился с женой, устраивал скандалы, требовал денег на выпивку. В состоянии опьянения набрасывался на жену с кулаками, несколько раз ей приходилось с детьми уходить ночевать к соседям.

Во время запоя появились устрашающие галлюцинации, слышал «голоса». С этой симптоматикой был вновь стационарирован в психоневрологическую больницу в 1965 году. В беседе с врачом С-ов говорил, что «надо бы полечиться от запоев» и в то же время заявлял, что он «далек от того, чтобы быть алкоголиком».

После выхода из больницы С-ов продолжал пить. Время от времени устраивался на работу — дворником, грузчиком, истопником. Однако больше полугода не удерживался на этих работах — его увольняли за пьянство.

Прежних друзей у С-ова не осталось — есть лишь случайные «дружки», с которыми он пьет. По словам жены, один еще мог удержаться от водки, но, как только появлялись бутылки, С-ов легко поддавался их уговорам.

Когда не было денег на водку, продавал вещи. Мог при этом взломать шкаф (жена прятала свои вещи и вещи детей в шкаф и запирала его) и унести платя дочери. Бывали случаи, когда девочка не в чем было пойти в школу. Со временем поведение С-ова становилось все более агрессивным: в состоянии опьянения ударил свою дочь бутылкой по голове, в результате чего она получила тяжелое сотрясение мозга. В 1970 году жена подала на развод, а

дело больного С-ова было передано в суд. Больной был направлен в лечебно-трудовую колонию для принудительного лечения на срок 2 года.

* * *

Больной У-ин, 1914 года рождения.

Наследственность неотягощена. Рос и развивался нормально. В школу пошел с семи лет, учился на «хорошо» и «отлично». В старших классах много занимался общественной работой. В возрасте 18 лет был направлен на пост председателя крупного колхоза. Благодаря своей активности и организаторским способностям вывел колхоз из отстающих в передовые. После работы в колхозе некоторое время находился на руководящей комсомольской работе.

Много и упорно занимался самообразованием, в совершенстве овладел как письменной, так и устной речью. С 1931 года сотрудничал в ряде газет и журналов. Без отрыва от работы кончил литературный факультет Горьковского педагогического института за три года вместо пяти.

По словам жены, которая знает У-ина с 17 лет — умный, очень способный человек. Обладал огромной работоспособностью, усидчивостью, чувством ответственности. На работе пользовался большим авторитетом и уважением, всегда дорожил мнением коллектива. По характеру — вспыльчивый, легко раздражался, но всегда умел себя сдерживать. Любил семью, особенно детей, много времени уделял их воспитанию. Круг друзей небольшой, в основном это умные, интересные люди. Встречался с ними У-ин довольно редко — большую часть времени проводил в семье и на работе.

Алкоголь начал употреблять с 1936 года. Сначала пил умеренно, всегда в кругу друзей или родственников. Постепенно стал пить чаще. Но во время ответственной работы не пил вообще.

С 1948 года стал злоупотреблять алкоголем. На этой почве начались скандалы в семье, появились неприятности на работе. По настоянию жены был впервые стационарирован в психоневрологическую больницу им. П. Б. Ганнушкина.

После выписки У-ин работал на прежнем месте, некоторое время не пил. На работе его премировали, и на полученные деньги больной запил.

Злоупотребление алкоголем начинает сказываться на качестве работы. Вот характеристика, которую дал в 1951 году У-ину начальник издательства: «На этого человека ни в чем нельзя теперь положиться... Если вызвать его, поставить на вид, он будет клясться, что последний раз не выполняет порученного, что бросит пить, может рыдать как нервная баба, вызвать к себе полное доверие и сострадание, а через минуту — как с гуся вода... Часто бывает грубым с сослуживцами. В то же время всегда прекрасно говорит, логично и здраво. На собраниях выступает охотно, к делу, без лишних слов и вообще может производить хорошее впечатление. Имеет способности, но все у него вверх дном из-за алкоголя».

В 1952 году больной сам обратился в психоневрологическую больницу. Но твердой установки на борьбу с запоями у больного нет. В больнице держится с позой, в поведении много демонстра-

тивного. Считает, что алкоголем не злоупотребляет, а пользуется им лишь как снотворным.

После пребывания в больнице У-ин переходит на новое место работы. Пять месяцев он не пил. Затем встретил на улице знакомого, который уговорил выпить «за встречу». Это случайное употребление алкоголя привело к тяжелому и длительному запоям.

Изменяются отношения в семье. Все чаще происходят скандалы из-за регулярного пьянства У-ина. Больной перестал уделять внимание детям, напротив, в их присутствии стал груб, шпичен. Появилась непреодолимая отчужденность между когда-то близкими — отцом и детьми.

После очередного запоя У-ин попадает в психоневрологическую клинику в 1953 году. Спустя два месяца после выхода из больницы поддался уговорам «компании», выпил немного красного вина, вслед за этим запил.

Через год в состоянии тяжелого опьянения был стационарирован в больницу им. П. Б. Ганнушкина. На приеме у врача говорил, что «понял весь вред проклятого зелья... жить больше так не могу, сам вижу — падаю на дно...». После выписки четыре месяца воздерживался, затем запил.

Семья поставлена в тяжелые материальные условия, несмотря на высокую заработную плату У-ина. С 1956 года, когда нет денег на водку, он прибегает к суррогатам, продает вещи.

По ходатайству администрации, парторганизации издательства и семьи в 1957 году У-ин был вновь стационарирован в психоневрологическую больницу им. П. Б. Ганнушкина. Больной наотрез отказался от всякого лечения, заявляя, что теперь он будет держаться сам. Но сразу же после выхода из больницы выпил и пришел домой пьяный. Возвращение из больницы совпало с очередным отпуском, и больной пьет каждый день.

В 1957 году У-ина еще раз стационарируют в больницу. Больной держится в отделении развязно, высокомерно. Врачам говорит, что пьет из-за того, что «дома над ним издеваются». Считает, что у него нет тяги к алкоголю, что может сам прекратить злоупотребление.

После выхода из больницы У-ин не пил 2,5 месяца. Затем вновь срыв и вновь поступление в больницу. Всего за период с 1956 по 1969 год У-ин стационарировался 16 раз и провел в больнице в общей сложности 445 дней.

Характер тяги к алкоголю становится все более непреодолимым. Однажды, когда жена заперла больного в комнате, он убежал через окно и вернулся домой уже пьяный. Семейная жизнь становится невозможной. Когда нет денег — продает вещи. В состоянии опьянения больной агрессивен, нередко набрасывается на жену и детей с кулаками. В 1959 году жена подает на развод. К этому времени у больного не остается и прежних друзей.

У-ин меняет несколько мест работы, но нигде не удерживается из-за пьянства. С 1964 года не работает. Получает пенсию как инвалид III группы (в 1959 году он перенес инфаркт).

Пока У-ин пребывает в очередной раз в больнице, у него накапливается пенсия, которую он пропивает сразу после выхода из больницы.

В историях болезни, начиная с 1959 года, отмечается интеллектуальное снижение больного, которое выражается в незрелых суж-

дениях, склонности к «плоскому» юмору. Тем не менее У-ин продолжает держаться высокомерно, утверждает, что он «крупный работник», предлагает лечащему врачу «помочь написать диссертацию». В больнице свободное время проводит в разговорах с больными-алкоголиками, не читает, ничем не интересуется. С младшим медицинским персоналом груб, с врачами держится подобострастно, льстит им.

* * *

Больной Г-ий. 1924 года рождения.

В детстве рос и развивался нормально. Был сообразительным ребенком, любил читать. Среднюю школу окончил на «хорошо» и «отлично». По характеру — общительный, жизнерадостный. Учился в школе, одновременно занимался в студии самодеятельности при Доме пионеров. Выступал в клубах, на школьных вечерах. С 1942 года служил в армии. Серьезных ранений и контузий не имел. После войны Г-ий оканчивает театральную школу и становится актером гастрольного драматического театра. Исполнял заглавные роли, пользовался успехом у зрителей. В эти годы больной имел много друзей, был «душой компании», любил хорошо одеваться. Женат с 1948 года, детей нет.

Алкоголь употребляет с 1945 года. Сначала пил редко, по праздникам, иногда в дни получки, всегда в кругу друзей. С 1952 года Г-ий стал пить чаще. Меняется его характер: больной делается раздражительным, придирчивым к окружающим, прежде всего к родным, циничным, грубым. В 1954 году от большого уходит жена. Причина — злоупотребление алкоголем, изменение характера мужа. Вскоре он женится вторично.

Другим становится отношение к работе. Если раньше, по словам Г-го, каждый спектакль «был праздником», то теперь часто приходит в театр в нетрезвом состоянии. Получил за это строгий выговор с предупреждением.

Изменился и характер выпивки: больной отошел от прежних друзей, часто пьет со случайными людьми или один. Стал лживым: постоянно придумывает предлоги для выпивки. Пропивает всю зарплату, ничего не дает в семью, наоборот — берет у жены деньги «на похмелку». Летом 1954 года пропил свою шубу.

В 1955 году, по совету жены, обратился к психиатру с просьбой «полечить его от алкоголизма». Но, не дождавшись начала лечения, запил. По настоянию жены вторично обратился к психиатру и был направлен в психоневрологическую больницу. На приеме больной откровенно рассказывает о себе, очень просит помочь. Подавлен обстановкой в отделении, настаивает на скорой выписке, обещает бросить пить.

После выхода из больницы Г-ий увольняется из театра и добивается направления на работу в другой город на должность актера-ттеца. Но в другой город больной не поехал — вскоре запил. Дома устраивал скандалы, требовал денег на водку. Как-то раз утащил платья жены и ее матери и пропил их. Для прерывания запоя был вновь стационарирован в больницу. На этот раз Г-ий не критичен к своему состоянию — частично обвиняет в своем пьянстве жену, обстоятельства. В то же время соглашается на любые мероприятия, чтобы избавиться от алкоголизма.

После выписки Г-ий сменил профессию — стал шофером. Вскоре опять начал употреблять алкоголь. В 1956 году Г-го оставила вторая жена. В состоянии опьянения появились галлюцинации, слышал бранящие «голоса», испытывал страхи. С этой симптоматикой был стационарирован в психиатрическую больницу.

После выхода из больницы Г-ий устроился на работу шофером, но после первой получки запил. Вновь поступление в больницу, и вновь срывы. Всего за период с 1955 по 1966 год он поступал в больницу 39 раз, фактически через каждые 2—4 месяца.

После очередной выписки больной с трудом устраивается на работу то шофером, то грузчиком, но отовсюду его увольняют за пьянство. Живет один, комната в антисанитарном состоянии, на кровати нет даже постельного белья. Больного никто не посещает, друзей нет. Во время запоя продает с себя вещи. В 1960 году пропил одежду, которую на свою зарплату купил для него районный психиатр.

Своими пребываниями в больнице Г-ий не тяготится. Требует к себе особого уважения, считает, что имеет актерский талант, что он незаурядный человек. Часто бывает груб с медперсоналом, никогда не помогает ему. Общается избирательно, предпочитая группу больных — алкоголиков и психопатов.

При последнем поступлении в 1966 году разлагающе влияет на других больных, убеждает после выписки сразу начать пить водку. В ответ на запрос из милиции врачи больницы сообщили, «что дальнейшее применение лечебных мероприятий в отношении лечения гражданина Г-го по поводу алкоголизма бесперспективно. Целесообразно направление на работу в места, где нет спиртных напитков».

испытуемого, его отношение к своим особенностям выявляет лишь последующий опрос.

К обычному варианту методики была добавлена шкала «абсолютный трезвенник — горький пьяница», которая давалась с инструкцией, аналогичной предыдущим. («Допустим на этой линии расположились все люди, так что вот здесь вверху оказались абсолютные трезвенники, а здесь внизу самые горькие пьяницы. Как вы думаете, где ваше место среди всех этих людей?».)

Были получены следующие результаты при исследовании самооценки больных алкоголизмом¹.

По шкале «здоровья» больные оценивают себя в большинстве случаев посередине. На вопрос, что им мешает отнести себя к совершенно здоровым, они, как правило, ссылаются на те или иные физические недомогания, либо на «нервность», раздражительность. Вот примеры высказываний больных. С-ов (38 лет): «Я посередине, потому что недавно перенес операцию желудка. Очень плохо с желудком». Х-ов (55 лет): «Раньше был здоров, но годы уже, вода и камень точит, стал вот раздражительным, вспыльчивым, печень болит». Б-ов (41 год): «Не могу здоровым совсем назваться, плохо физическую нагрузку переношу».

Пристрастие к алкоголю тем самым не рассматривается как основная болезнь, хотя большинство из того, на что жалуются больные (болезни желудка, печени, сердца, плохой сон, раздражительность), есть прежде всего следствие злоупотребления алкоголем.

Лишь немногие больные назвали среди недомоганий, мешающих им чувствовать себя «совершенно здоровыми», и чрезмерное злоупотребление алкоголем.

При оценке себя «по уму» больные явно тяготеют к повышенной самооценке. Даже в тех случаях, когда они ставят себя внизу «шкалы ума», последующий

¹ В опытах участвовало 35 больных алкоголизмом в возрасте от 27 до 56 лет, которые характеризовались выраженными нарушениями личности и по клиническим показателям относились ко II—III стадиям болезни (по классификации А. А. Портнова). Высшее и среднее образование имели 17 человек, остальные — неполное среднее. Исследование больных алкоголизмом проводилось на базе Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР (директор — проф. А. А. Портнов) и Московской психиатрической больницы № 4 им. П. Б. Ганнушкина (главный врач — канд. мед. наук О. В. Кондрашкова).

опрос выявляет скорее завышенную, чем заниженную самооценку. Так, больной С-ов поставил себя ниже середины шкалы, потому что «всего 7 классов окончил». Но когда при обсуждении самооценки экспериментатор заметил, что надо оценивать себя по качествам своего ума, а не по уровню образования, больной сразу поставил себя на самый верх шкалы.

Больные в основном довольны и своим характером. Вот примеры объяснения самооценки «по характеру». Больной К-ов (ставит себя в середину шкалы): «Характер у меня хороший, потому что когда выпью, сразу спать ложусь...». На вопрос, какие недостатки мешают ему поставить себя выше середины, отвечает: «Ну я требовательный, а как же не будешь требовательным, если тебя не слушают...». Больной М-ев (ставит себя выше середины): «Надо других спрашивать какой я по характеру, ну, вроде хороший характер, вроде покладистый, простой, другу помогу всегда, не то что некоторые...».

В ответах на просьбу назвать черты характера, которые наиболее правятся им в других людях, больные хроническим алкоголизмом нередко называли такие черты, как честность, справедливость, товарищество.

На первый взгляд приведенные ответы кажутся совершенно обычными, однако стоило больным спросить, что они понимают под товариществом или, наоборот, под предательством, как выяснилось, что они связывают с этими понятиями, главным образом, обстоятельства, сопровождающие употребление алкоголя. Так, больной А-ов говорит: «Терпеть не могу вранья — нет денег — я понимаю, а то другой жметесь, на дармовщину старается выпить, а у самого десятка в кармане». «Товарищ — кто не подведет, кто, к примеру, последнее заложит, а угостит...» (больной В-ин).

Особый интерес представляют результаты, полученные по шкале «абсолютный трезвенник — горький пьяница». Здесь больные алкоголизмом ставили себя либо в середину, либо даже выше середины шкалы. При этом они охотно объясняли — почему не считают себя «горькими пьяницами». «Никогда на улице не валялся, в вытрезвитель не попадал, но не мешало мне это выпивать два литра в день...» (больной С-ин). «Горький пьяница — кто в пивной с рукой стоит, а я

выпью бутылку, а жене скажу — так, пива выпил... Другой выпьет 100 грамм и концерт устраивает, а я спокойно выпью — никто не заметит» (больной Т-ов). «Вверх я не попаду, да и горьким пьяницей себя не могу назвать..., я с себя вещей не продавал, ну премиальные утаить, жену обмануть — куда ни шло — тут все шито — крыто. Нет, горьким пьяницей не могу себя назвать... не годится это для меня» (больной С-ко).

Оказалось, что представление о счастье на словах было у больных довольно близким к общепринятому. На вопрос, кого можно назвать счастливым человеком, они отвечали: «Кто работает по складу характера, имеет соответствующую материальную отдачу, понимание со стороны окружающих» (больной Х-ин). «Самый счастливый, кто нормально трудится, ведет нормальный образ жизни, у кого семья хорошая, уважают кого» (больной Н-ев). «Счастливый, кто сам выдвигается по работе, без начальства, кто знает свое дело» (больной М-ин). Ответов такого типа, где представление о счастье связывалось с интересной работой, семейным благополучием, уважением окружающих, было большинство.

Однако на вопрос: «Что мешает вам чувствовать себя совершенно счастливым человеком?», — только немногие ответы были типа: «Если бы вылечиться, то можно назвать себя счастливым» (больной И-ев). «Если бы не водка, так все бы хорошо» (больной К-ев). Остальные больные отвечали, что им мешает чувствовать себя счастливыми отчасти то, что они пьют, отчасти — внешние обстоятельства, неурядицы в семье, на работе. Многие говорили только о внешних обстоятельствах: «Было бы счастье, если бы не было в семье скандалов из-за каждой рюмки...» (больной С-ов); «Что мешает быть счастливым? Мешает неудовлетворенность работой и материальная необеспеченность» (больной Е-ин).

Та же картина наблюдалась и при ответе на вопрос: «Почему вы начали пить?» Большинство больных ссылались на обстоятельства и лишь немногие винули одного себя в пристрастии к алкоголю. «Началось с невинной выпивки, сначала по праздникам... деньги были, у меня все было — отец хорошо зарабатывал, а там все пошло... Мне хочется, чтобы хоть сын не был

таким, как я... Во всем этом пьянстве я сам виноват. Все это — хулиганство, вот слово, к которому я пришел» (больной Л-ов). «Теперь меня никуда не тянет... тянет пойти в бар, постоять, кружку пива выпить, водки... Раньше все успевал — и чтение, и лыжи, и работа, и ходил гулять — на все хватало время, все успевал, а теперь неохота ничего. Вот до чего дошел я...» (больной К-ов).

Примечательно, что даже те больные, которые высказывают желание избавиться «от водки», в остальном вполне довольны собой: «Вылечиться от одного, остальное все оставить при себе... это от водки» (больной Х-ов). «От водки избавиться... Малый я покладистый. Я себя считаю нормальным, но если меня тронут, я могу морально убить человека, могу врезать так, что и...» (больной К-ов).

Однако, высказывая желание избавиться «от водки», больные редко подразумевают под этим абсолютное воздержание от алкоголя, хотя хорошо знают от врачей, что только такое воздержание может спасти их от развития болезни. «Надо пить как все, останавливаться вовремя» (больной Ш-ко). «Надо соразмерно, умеренно выпивать, а самое главное — бросить мне курить» (больной З-ов).

* *
*

Итак, больные алкоголизмом в основном довольны собой, своим характером, умом². Несмотря на относительно частые пожелания вылечиться от алкоголизма, причиной своих жизненных неудач больные, как правило, называют не свое пристрастие к алкоголю, а несправедливое отношение на работе, семейные неприятности и т. п. Даже само злоупотребление алкоголем, из-за которого они попали в психиатрическую клинику,

² Интересно сравнить это мнение больных о себе с тем, как характеризуют больных алкоголизмом нормальные испытуемые. Опрос, проведенный ленинградскими психологами В. Н. Панферовым и Ю. П. Степкиным, показал, что с понятием «алкоголик» у большинства опрошенных людей были связаны следующие качества: необразованность, тупость ума, ограниченность, грубость, злость, невоспитанность [35].

представляется им «средним», весьма далеким от «горького пьянства». И хотя представление о счастье остается у них на словах близким к общепринятому, ответы на дополнительные вопросы показывают, что больные не осознают необходимости воздержания от алкоголя как основного условия для осуществления такого представления о счастье.

Нетрудно видеть, что высказывания больных алкоголизмом мало согласуются с реальными обстоятельствами их жизни. Недостаточная гибкость, неадекватность самооценки проявилась и в проведенной нами серии экспериментов на выявление особенностей уровня притязаний у больных алкоголизмом [6]. Эксперименты показали, что для многих больных алкоголизмом характерен завышенный уровень притязаний, неумение перестроить свою деятельность в соответствии с изменившимися обстоятельствами, согласовать свои притязания со своими подлинными возможностями.

Все это говорит о том, что у больных алкоголизмом со временем образуется завышенная и мало поддающаяся коррекции самооценка, а точнее система оценок, в которой каждый поступок, каждая черта личности легко находят свое объяснение.

Каким же образом меняются все представления, понятия больных, их личность в целом?

ИЗМЕНЕНИЯ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

1. Общие закономерности развития мотивационной сферы личности

Характеристика мотивационной сферы является основополагающей для психологической характеристики всей личности в целом. «Формирование личности человека, — пишет А. Н. Леонтьев, — находит свое психологическое выражение в развитии ее мотивационной сферы» [25].

Остановимся на тех данных общей психологии о строении и развитии мотивов и потребностей человека, которые будут исходными для нашего исследования.

Потребность есть нужда в чем-либо, значит всякая потребность имеет свой предмет (потребность в еде, общении и т. д.). Этот предмет, объект, равно как материальной, так и идеальной, становится побудителем, *мотивом* поведения. Здесь и далее мы пользуемся определенным мотивом, данным А. Н. Леонтьевым: «Мотив — это объект, который отвечает той или иной потребности и который в той или иной форме, отражаясь субъектом, ведет его деятельность» ([26], стр. 5).

Изменение потребностей, их развитие происходит прежде всего в форме изменения отвечающих им объектов (мотивов) [26]. Вместе с развитием потребностей, расширением их предметного содержания совершенствуются *способы их удовлетворения*. Это касается даже естественных потребностей человека: «Голод есть голод, однако голод, который утоляется вареным мясом, поедаемым с помощью ножа и вилки, это иной голод, чем тот, при котором проглатывают сырое мясо...» (К. Маркс) ¹.

¹ К. Маркс и Ф. Энгельс. Соч., т. XII, стр. 718.

Мотив (объект, предмет потребности) побуждает к деятельности, направленной на удовлетворение данной потребности. Деятельность обычно включает в себя ряд действий. Каждое действие направлено на достижение цели, подчиненной вместе с другими целями других действий мотиву всей деятельности. Кроме категории действий выделяют и более мелкую единицу деятельности — операцию, которая рассматривается как способ выполнения действия, т. е. представляет собой чисто «технический» состав действия [27].

Отдельные действия имеют смысл только в структуре конкретной деятельности. Сознательный смысл, по словам А. Н. Леонтьева, «выражает отношение мотива к цели». Например, само по себе конспектирование лекции бессмысленно, оно приобретает смысл лишь при наличии общего мотива какой-либо деятельности, в структуру которой входит данное действие: сдача экзамена, познавательные мотивы и т. п. Таким образом, мотив не только побуждает к деятельности, но и придает ей определенный личностный смысл [25].

Следует подчеркнуть, поскольку это особенно важно для исследования патологии личности, что имеется существенное различие между понятиями «значение» и «личностный смысл». Значение есть общепринятое представление о предмете, есть, по словам А. Н. Леонтьева, то, «что открывается в предмете или явлении объективно в системе объективных связей, отношений, взаимодействий» ([25], стр. 286—287). В отличие от этого смысл есть психологическое образование, формирующееся в ходе деятельности человека. Смысл рождается не из значений, а из сложившихся отношений между мотивами человека и конкретными целями его действий.

«Механизм» возникновения новых потребностей описан в психологии еще В. Вундтом в терминах «гетерогенности целей». Он заключается в том, что при определенных условиях цель действия может стать самостоятельным мотивом поведения. Этот процесс подробно исследован А. Н. Леонтьевым, который считает, что «факт сдвига мотивов на цели действий делает психологически понятным, как могут возникать новые потребности и как меняется самый тип их развития» ([25], стр. 301).

Поведением человека движут, как правило, сразу несколько мотивов: одни мотивы более, другие — менее общие, одни непосредственно побуждают к деятельности (мотивы-стимулы), другие действуют более опосредствованно. Тем самым образуется определенная *иерархия мотивов*, в которой наиболее общие («вершинные») мотивы придают и наиболее общий смысл всему поведению в целом, обуславливают собой определенное *отношение* к миру [34], определенную *направленность* личности [4]. Строение и содержание этой иерархии, прежде всего ее ведущих мотивов, составляют, по мнению Л. И. Божович [4], главную характеристику человеческой личности. Смена ведущих мотивов означает собой перестройку иерархии мотивов, означает переход личности к новой стадии развития.

Среди многообразных потребностей человека наиболее действенными являются специфически человеческие потребности — в труде, познании, общении. Значимость их проявляется и в том, что предметы (мотивы) этих потребностей являются общепринятыми ценностями. В ходе онтогенетического развития происходит сложный процесс формирования личности, в результате которого эти ценности приобретают личностный смысл, становятся наиболее общими смыслообразующими мотивами поведения. Это происходит примерно в юношеском возрасте, когда, по словам Л. И. Божович, мотивационная сфера начинает характеризоваться «иерархической структурой, наличием определенной системы соподчинения различных мотивационных тенденций на основе общественно-значимых и ставших ценными для личности мотивов» (4, стр. 418).

2. Изменение потребности в алкоголе

Прежде чем приступить к психологической характеристике изменений личностной (мотивационной) сферы при хроническом алкоголизме, рассмотрим процесс зарождения самой потребности в алкоголе и соответственно деятельности, отвечающей этой потребности. Такое рассмотрение является необходимым, поскольку тем самым мы получим представление о первоначальной «точке отсчета», с которой начинается путь деградации личности.

Потребность в алкоголе не входит в число естественных потребностей (как, например, потребность в пище) и поэтому сам по себе алкоголь первоначально не имеет побудительной силы для человека.

Согласно сложившимся традициям, вино является непременным атрибутом определенных событий: свадьбы, праздника, дня рождения и др. Употребление алкоголя в этих случаях поначалу есть лишь вспомогательное действие, которое наряду с другими действиями подчинено более общему мотиву (общепринятое представление о празднике, подражание другим и т. п.).

Обычно, благодаря именно этим традициям большинство людей (в том числе и многие из тех, кто впоследствии станут алкоголиками) знакомятся со своеобразным действием алкоголя на психику. Эффект действия алкоголя не всегда однозначен, он меняется в зависимости от особенностей нервной системы, настроения человека в данный момент и варьирует от состояния сонливости до случаев патологического опьянения. В нашей работе мы решили придерживаться типичного течения процесса, а типичный случай заключается в том, что на первых порах, пока человек пьет недавно, в состоянии опьянения довольно легко появляется благодушие, чувство освобождения от забот, приподнятое настроение (эйфория). Со временем может появиться стремление вновь и вновь испытать это привлекающее многих состояние, источник которого человек начинает видеть непосредственно в алкоголе. И если раньше изменение настроения, которое дает алкоголь, было лишь средством, помогающим, например, полнее ощутить радость праздника, то теперь пережить само состояние опьянения становится для человека подчас важнее и привлекательнее всякого торжества. Переживание, которое дает употребление алкоголя, из вспомогательного средства становится самоцелью, самостоятельной потребностью, предметом (мотивом) которой является алкоголь². Таков, пожалуй, наиболее распространенный путь рождения потребности в алкоголе.

Следует заметить, что повышено радостное на-

² Описанный процесс — наглядная иллюстрация того, как происходит возникновение новых потребностей путем «сдвига мотива на цель действия».

строение не является прямым, механическим следствием действия алкоголя на психику. В возникновении эйфории присутствует существенная доля самовнушения, не всегда осознаваемых человеком чисто психологических воздействий. Обычно алкоголь принято употреблять в связи с такими событиями (праздник, день рождения и т. п.), которых с нетерпением ждут, заранее готовятся к ним, определенным образом настраивают себя. Все это создает особую, приподнятую (праздничную) атмосферу, которая и без вина может сделать человека радостным. По мнению некоторых исследователей, токсическое действие алкоголя вызывает в начальных стадиях употребления еще довольно неопределенное по своему характеру изменение психического состояния, а уже сам человек склонен так или иначе трактовать это изменение, приписывая ему качества, которые он ожидает от действия алкоголя. Такая точка зрения подтверждается тем, что когда вино согласно традиции употребляют не в связи с радостными, а в связи с печальными событиями (например, на поминках), то большинство пьет конечно не для того, чтобы придаться беззаботному веселью, и, сколь бы ни было сильно опьянение, люди, для которых утрата действительно тяжела, грустят, а не смеются.

Однако, если принять во внимание, что события печальные, с которыми традиция связывает употребление вина, относительно редки, а события праздничные — более-менее регулярны, то станет понятным, почему алкоголь принято считать источником веселья. Со временем диапазон субъективных причин употребления алкоголя становится все шире — пьют уже не только «для веселья», но и «для храбрости», «с обиды», чтобы «поговорить по душам» и т. д. и т. п. Именно неопределенность действия алкоголя на психику делает его, по мнению М. П. Нилина, столь «универсальным» средством для достижения названных состояний³.

³ Само собой понятно, что речь идет о субъективных ощущениях, могущих возникнуть в состоянии опьянения. Наввно, например, думать, будто алкоголь действительно является ключом к подлинному общению. Умение говорить друг с другом, умение преодолеть свое душевное косноязычие нельзя получить взаимы у алкогольного опьянения. Известно, во что нередко выливаются беседы «по душам» пьяных людей, — в вопросы, на которые не отвечают, в ответы, которые не слушают.

Вначале, только возникнув, потребность в алкоголе не выделяется среди других второстепенных потребностей и не играет сколь-нибудь существенной роли в жизни человека. Она появляется в достаточно ограниченных ситуациях и подчинена другим более высоким потребностям и мотивам (человек не будет пить, если, например, у него назавтра экзамен в институте, ответственное дело на работе и т. п.).

Для удовлетворения потребности в алкоголе требуется и целый ряд сопутствующих условий: вполне определенный круг людей, общепринятый повод, соответствующая обстановка, качество алкогольного напитка и многое другое.

Таков — в самом кратком и схематическом виде — первоначальный облик потребности в алкоголе. Рассмотрим теперь, как изменяется эта потребность в ходе алкогольной болезни.

* *

Болезнь начинается с того, что систематическое злоупотребление алкоголем приводит к постепенной перестройке внутренней среды организма, к появлению сначала признаков биологической зависимости организма от алкоголя («потеря контроля за количеством выпитого», абстинентный синдром и т. д.), а затем к появлению признаков токсической энцефалопатии (нарушения внимания, памяти и т. д.). Изменения в мотивационной сфере начинаются нередко до появления биологических признаков болезни, но в данной работе мы не касаемся хронологических, временных характеристик процесса.

В ходе болезни происходит коренное преобразование психологических особенностей потребности в алкоголе. Прежде всего изменяется содержание потребности. Это уже не ситуационно-обусловленная потребность в приятном времяпровождении, но потребность любым способом добиться состояния опьянения (которое в свою очередь все меньше дает эйфоризирующий эффект, зато все быстрее наступает злость, агрессивность и, наконец, оглушенное состояние).

Значительно меняются динамические характеристики потребности и характеристики ее силы. Потребность в алкоголе все более приобретает непреодолимый (компульсивный) характер. Как отмечает Л. И. Божович, «потребности человека различаются не только по своему содержанию и динамическим свойствам, но и по своему строению» ([4], стр. 435). В ходе болезни значительно меняется и этот параметр: потребность в алкоголе становится все более непосредственной, требующей безотлагательного удовлетворения.

Если перефразировать вышеприведенный пример Маркса о голоде, то можно сказать, что потребность в алкоголе, удовлетворяемая за праздничным столом, в кругу друзей — это иная потребность, чем та, которая удовлетворяется в подворотне со случайными собутыльниками.

Перед нами две глубоко различные потребности и по своему содержанию, и по своей динамике, и по своей структуре. Между ними сложный путь трансформации одной в другую, путь деградации личности при хроническом алкоголизме.

3. Перестройка иерархии мотивов

Для того чтобы удовлетворить возрастающую потребность в алкоголе, больным неизбежно приходится все шире вовлекаться в деятельность по ее удовлетворению, находить для этого все новые пути и средства. Однако условия развития этой деятельности существенно отличаются от условий развития обычной, «нормальной» человеческой деятельности.

Здесь мы сталкиваемся с особой — наркоманической потребностью, на удовлетворение которой направлена деятельность, и с особым характером внешних условий, в которых она протекает. На описании симптомов болезненного пристрастия к алкоголю мы уже вкратце останавливались (см. главу I), теперь несколько слов о внешних условиях протекания деятельности по удовлетворению потребности в алкоголе.

Понятно, что столь сильная, наркоманическая уже, потребность в алкоголе⁴ не может удовлетворяться в рамках общепринятых ситуаций, сколь бы широкими они ни были. Для удовлетворения потребности больным необходимо выйти за рамки общепринятого. Тут же неизбежно начинаются столкновения со всевозрастающим сопротивлением окружающих: сначала только семьи, затем недовольство и выговоры на работе, осуждение друзей и т. д. Это «враждебное» для больного отношение и отсюда готовность к постоянному отпору, «оппозиции», также накладывает своеобразный отпечаток на личность больного и отличает путь развития деятельности по удовлетворению потребности в алкоголе от пути развития большинства других видов человеческой деятельности.

Как сказываются эти обстоятельства на психологии больных хроническим алкоголизмом?

* *
*

После того как употребление алкоголя становится самостоятельной деятельностью, происходит выделение ряда вспомогательных действий, т. е. процессов, которые «не имеют самостоятельного мотива, а подчиняются мотиву той деятельности, содержание которой они образуют» ([27], стр. 6). В основном эти действия сводятся к нахождению предлогов, добыванию средств на алкоголь, добыванию самого алкоголя и т. п.

Как известно из общей психологии [25], совершение всякого действия — процесс сознательный, поскольку оно возможно только при условии осознания связи его результата (например, направленного на поиски денег) и конечного результата всей деятельности в целом (удовлетворение потребности в алкоголе). Тем самым мотив деятельности придает смысл и всем действиям, входящим в ее структуру. Это означает, что и алкоголь

⁴ В ходе болезни потребность в алкоголе фактически переходит во влечение, то есть становится потребностью, «отраженной в органической (интерцептивной) чувствительности» [41].

как мотив в момент совершения побуждаемой им деятельности начинает определять то или иное отношение к окружающему. Так, если данное обстоятельство, вещь, человек помогают в деятельности по удовлетворению потребности, то они оцениваются как «хорошие», если же они препятствуют осуществлению деятельности, то оцениваются как «плохие». Одновременно и эмоции человека — положительные или отрицательные — начинают зависеть в данный момент от того, успешно или неуспешно протекает деятельность по удовлетворению потребности в алкоголе.

Сказанное не означает, что алкоголь, став мотивом поведения, раз и навсегда начинает определять то или иное неизменное отношение к окружающему. Речь идет только о том, что это отношение вырабатывается и существует первоначально лишь в ходе деятельности по удовлетворению потребности в алкоголе. (Те же поиски денег могут входить как действия в другую деятельность, например, обеспечение семьи; тогда им будет придаваться и другой смысл, они будут проявлением и другого отношения к миру.)

Итак, мотив придает смысл всем действиям, входящим в состав деятельности, побуждаемой этим мотивом. Внутри любой деятельности оценка вещей — положительная или отрицательная — зависит от того, помогает или препятствует тот или иной предмет в осуществлении данной деятельности. Эти общепсихологические закономерности являются важнейшими для объяснения процесса патологического развития личности при хроническом алкоголизме.

Расширение сферы деятельности по удовлетворению потребности в алкоголе и усложнение путей ее осуществления означает, что все больше действий начинает совершаться только ради удовлетворения этой потребности. Алкоголь становится мериллом для оценки успешности этих действий, для того или иного отношения ко все большей части окружающей действительности. Со временем оценка всего, что окружает больного, начинает более или менее тесно зависеть от того, помогает или нет данный предмет, действие, человек в деятельности по удовлетворению потребности в алкоголе. Алкоголь становится ведущим мотивом поведения.

Появление нового ведущего мотива всегда ведет к большей или меньшей перестройке всей предшествующей системы мотивов личности. Этот процесс описан в психологической литературе, главным образом на материале исследования развития ребенка [4, 21, 25]. Анализ данных историй болезни позволяет проследить некоторые особенности перестройки уже сложившейся мотивационной сферы взрослого человека.

Из материалов историй болезни видно, как постепенно изменяется место и роль мотивов, которые до болезни были ведущими и определяли собой направленность личности.

Данные историй болезни свидетельствуют, что многие из больных были хорошими специалистами, гордились своей профессией, квалификацией. В ходе болезни работа — этот важнейший мотив всякой психически полноценной личности — утрачивает свою значимость. Деятельность, когда-то побуждаемая этим мотивом, становится на деле лишь вспомогательным действием по добыванию денег на алкоголь.

Сказанное не должно означать, конечно, что, раз пропив всю зарплату, человек автоматически утрачивает интерес к работе, и работа раз и навсегда перестает быть самостоятельным мотивом поведения. Это происходит не вдруг, а сначала только в ходе самой деятельности по удовлетворению потребности (вспомним психологический закон: мотив деятельности придает смысл всем действиям, образующим данную деятельность). Однако по мере расширения деятельности, по мере усложнения условий ее осуществления больные все чаще и чаще начинают использовать работу только как источник денег на водку. Именно это становится основным смыслом работы для больных.

Такой ход развития подтверждается и динамикой отношения к работе: вначале больные стараются всячески скрывать свое злоупотребление от сослуживцев, затем начинают появляться на работе в нетрезвом состоянии, выполнять свои обязанности все хуже, все более халатно. Наконец, после ряда выговоров их увольняют либо переводят на нижестоящую долж-

ность, где все повторяется сначала. Так, люди с высшим образованием, занимавшие некогда ответственные должности, становятся дворниками, грузчиками, лифтерами. Но и на такой работе они не могут долго удержаться и большую часть времени нигде не работают, довольствуясь случайными заработками, которые тут же пропивают.

Иногда больным удается приспособиться к более или менее квалифицированной работе и справиться с ней. Но при этом они относятся к работе, как правило, чисто формально и смотрят на нее только как на источник денег на водку. Описан, например, следующий случай [40]. Больной 33 лет, в прошлом высококвалифицированный специалист, успешно заведовавший ранее кафедрой иностранных языков. Теперь он работает инженером-нормировщиком зарплаты в стройконторе, живет при учреждении. День его протекает следующим образом. Опохмелившись утром, он идет на работу, где высиживает положенные часы. В конце рабочего дня первый и единственный раз выходит из здания, закупает много водки и мало еды, возвращаясь — пьет. Выпивает за вечер почти литр водки, ложится спать. Нигде не бывает, ни с кем не встречается.

Следует оговориться, что приведенный пример характеризует особую, не совсем типичную форму изменения личности при алкоголизме, близкую к «шизоидной» (по С. Г. Жислину) или к «апатической» (по А. А. Портнову). Но, кроме того, он показывает и типичную для большинства больных хроническим алкоголизмом эволюцию отношения к работе.

Рассмотрим изменение в ходе болезни места и роли еще одного важного мотива поведения.

Раньше больные нередко отдавали много сил семье, заботились о своих детях, что подтверждается сведениями со слов жен больных, их детей, соседей, сослуживцев. Однако по мере возрастания потребности картина неизбежно меняется.

Интересы и требования семьи (материальное обеспечение, воспитание детей и т. д.) начинают очень скоро идти вразрез с требованиями возрастающей потребности в алкоголе. Так семья начинает представлять в сознании больных как препятствие, барьер на

пути удовлетворения страсти. Сначала больным кажется, что к ним просто придираются, затем возникает озлобленность, наконец, агрессивность против семьи. Семья становится лишь одним из условий осуществления деятельности: либо положительным — когда, например, жена дает деньги «на опохмелку», либо, что куда чаще, — отрицательным, когда семья пытается как-то воздействовать на больного.

Таким образом, некогда ведущие мотивы поведения постепенно утрачивают в ходе болезни свою реальную побуждающую и смыслообразующую функции. В то же время алкоголь как мотив все более подчиняет себе остальные мотивы и становится в конце концов ведущим и смыслообразующим для всего поведения. Здесь мы касаемся кардинального пункта личностных изменений при алкоголизме: постепенного разрушения прежней, до болезни сложившейся иерархии мотивов и формирования взамен ее новой иерархии.

Конечно, процесс перестройки мотивационной сферы описан нами весьма схематично⁵. В реальной жизни он происходит в постоянной и подчас драматической борьбе мотивов. Острота этой борьбы, как правило, сдвинута к началу болезни: в промежутках между периодами пьянства больные нередко стремятся «реабилитировать» себя перед семьей, сослуживцами, развивают активную деятельность, как бы вновь на время становятся хорошими семьянинами и добросовестными работниками. По мере углубления болезни эти побуждения становятся все менее стойкими, приводящими лишь к кратковременным вспышкам активности. Алкоголь все более прочно занимает место ведущего мотива, и вместе с тем «алкогольный» характер мотивационной сферы приобретает все большую устойчивость и определенность.

Говоря об изменении иерархии мотивов, мы имели в виду прежде всего изменение побудительной силы мотивов. Прежние ведущие мотивы (семья, работа и др.) не исчезают вовсе из мотивационной сферы больных, но они теряют свою побудительную силу или, пользуясь терминологией А. Н. Леонтьева, из мотивов

⁵ Мы намеренно свели изменения личности в некую схему, «модель», чтобы наиболее выпукло показать ход личностных изменений, наиболее общие его закономерности.

«реально действующих» становятся мотивами «только знаемыми». Семья, работа, уважение окружающих еще долго могут интересовать больных, порой они, иногда в очень острой форме, могут осознавать несовместимость их поведения с прежними установками и ценностями. Но, к сожалению, это осознание довольно редко бывает полным, оно остается лишь «пониманием», могущим привести к временному раскаянию, но лишённо-реально действующей силы...

* *
*

Существует ряд психологических особенностей личности, которые могут в известной мере способствовать либо, напротив, препятствовать процессу перестройки личности по «алкогольному типу».

По-видимому, изменения личности наступят тем быстрее, чем менее выраженной является иерархическая организация мотивов у данного человека. Если нет достаточно сильных интересов, нет четко очерченных целей жизни, а все цели как бы рядоположны, то у такого человека (при прочих равных условиях) алкоголь значительно скорее станет ведущим мотивом и легко подчинит себе остальные мотивы поведения.

И наоборот — наличие «опорных точек» в мотивационной сфере, ярко выраженный интерес к чему-либо могут явиться «психологическим барьером», способным приостановить изменения личности. Недаром врачи-наркологи отмечают, что люди, имеющие «хобби», редко оказываются в числе их пациентов. Известны единичные случаи, когда даже многолетнее злоупотребление алкоголем не приводило к глубоким изменениям личности, несмотря на все признаки алкогольной болезни. В большинстве из этих случаев можно было наблюдать выраженный интерес к какому-либо делу, который противостоял влечению к алкоголю. Но даже и тогда болезнь не проходит бесследно для личности: со временем человек начинает утрачивать прежнюю тонкость в понимании человеческих отношений, нередко грубеют и его нравственные чувства. Кроме того, болезненное влечение к алкоголю становится серьезной помехой, а иногда и непреодолимым препятствием

в осуществлении любимого дела. Воспользуемся свидетельством Джека Лондона, который писал в автобиографической повести «Джон Ячменное Зерно»: «Я превратился в великолепный ходячий спиртовой факел. Он питался собственным жаром и разгорался все настойчивее. За весь день я не знал минуты, когда бы мне не хотелось выпить. Я начал прерывать работу на середине, чтобы выпить бокал после пятисот написанных слов. Вскоре я стал выпивать и перед тем, как приступить к работе.

Я слишком хорошо понимал, чем это грозит, и принял меры. Я твердо решил не прикасаться к вину, пока не закончу своей работы.

Но тут передо мной возникало новое дьявольское осложнение. Я не мог уже работать, не выпив предварительно. Я обязательно должен был выпить, чтобы быть в состоянии выполнить свою задачу. ...Все время, пока я писал, мучительная жажда не покидала меня. И как только утренняя работа заканчивалась, я убежал из дома и устремлялся в город, чтобы выпить. Какой ужас! Если хмель мог до такой степени поработить меня, не алкоголика по природе, как же должен страдать настоящий алкоголик...».

* *
*

Перестройка иерархии мотивов во многом обуславливает, на наш взгляд, и так называемую «психическую зависимость» от алкоголя.

Дело в том, что причины потребления алкоголя принято делить на «физическую зависимость» (кратко особенности физической зависимости — абстинентный синдром, симптом потери контроля и др. — описаны в главе I) и на «психическую зависимость» от алкоголя. Если закономерности физической зависимости подробно исследованы в психиатрии, то понятие психической зависимости разработано недостаточно. В психиатрической литературе психологические причины потребления алкоголя нередко сводятся только к стремлению больных к эйфории.

Такой взгляд игнорирует структурные изменения личности, сводя реальную сложность психологических

причин зависимости от алкоголя (как, видимо, и причин зависимости от любого другого наркотика) только к «принципу удовольствия». Между тем постоянное возрастание психической зависимости тесно взаимосвязано с перестройкой всей сложившейся ранее системы мотивов и потребностей личности. В ходе этого процесса алкоголь становится не просто средством, облегчающим контакты, дающим состояние эйфории и т. п., но главным смыслом и двигателем поведения, перед которым отступают все прежние задачи и намерения субъекта. Даже в те периоды, когда установка на трезвость овладевает сознанием больных, она не находит надежных опор в личности и не приводит поэтому к стойкой ремиссии (длительному воздержанию). Процесс значительно усугубляется и нарушениями структуры деятельности, на которых мы остановимся ниже.

Причины психической зависимости и способы их преодоления следует искать в изучении самого процесса деградации личности, а не в одном лишь параметре потребления алкоголя — стремлении к эйфории. Психическая зависимость — следствие перестройки всей личности в целом.

4. Нарушения структуры деятельности

Глубокая перестройка уже сложившейся мотивационной сферы взрослого человека не является сама по себе признаком патологического развития. Такая перестройка нередко случается и в жизни психически здоровой, «нормальной» личности — примеров тому можно найти много. Перестройка, преобразование личности наблюдается и при развитии скупоности, чрезмерной заботы о своем здоровье, одержимости какой-либо идеей и т. п.⁶

Перечисленные случаи вряд ли следует отнести к категории патологии личности. Что же тогда опреде-

⁶ Описания этих процессов широко представлены в художественной литературе: Пушкин «Скупой рыцарь», Бальзак «В поисках Абсолюта», Мюзе «Луна и грош» и др. Выяснение общих закономерностей подобных «перестроек» личности представляет несомненный интерес и для психологии, однако специальные исследования в этой области пока что мало развернуты.

ляет эту патологию, почему мы вправе говорить не только о своеобразном развитии личности при алкоголизме, но и о ее патологическом развитии, ее деградации?

Чтобы ответить на этот вопрос, обратимся к рассмотрению следующего параметра изменения личности при хроническом алкоголизме — нарушениям *структуры* деятельности.

* *
*

Как было показано выше, в ходе болезни деятельность по удовлетворению потребности в алкоголе чрезвычайно расширяется. Она начинает вбирать все больше и больше действий, постепенно подчиняет себе все остальные виды деятельности. В конце концов деятельность по удовлетворению потребности в алкоголе становится главенствующей, основной в жизни больных.

Такой процесс должен был бы означать постоянное усложнение структуры основной деятельности. Так, в ходе развития ребенка наблюдается значительное усложнение деятельности (игровой, учебной и т. д.), ставшей ведущей на данном возрастном этапе [4, 25]. То же можно сказать и о психологии взрослого человека. Если та или иная деятельность (работа, учеба и т. д.) становится главенствующей, это означает, как правило, и значительное усложнение ее структуры.

Иное наблюдается при алкоголизме.

Прежде всего происходят нарушения *опосредственности* поведения, которые затрагивают в первую очередь структуру деятельности по удовлетворению потребности в алкоголе. Рассмотрим этот процесс на примере эволюции отдельных действий, входящих в деятельность по удовлетворению потребности в алкоголе.

Возрастание потребности в алкоголе приводит к тому, что больные не могут удовлетворить ее в рамках общепринятых ситуаций. Для них становится все более актуальным придумывание и подстраивание различных предлогов, поводов к выпивке, а затем оправдание перед другими своего злоупотребления. Вначале больные придумывают массу разнообразных предлогов. Со

временем приемы больных становятся все более однотипными и начинают сводиться к оговоркам, которые «одни и те же во всем мире» [9]. Как видно из проведенного опроса (см. главу V), больные считают, что пьют главным образом из-за неприятностей в семье, на работе, «незвезения» в жизни и т. п. Если вначале высказывания больных как-то согласовывались с их действительной жизнью и поэтому походили даже на правду, то со временем предлоги и объяснения становятся все более неадекватными, все более далекими от действительных обстоятельств жизни больных. Наконец, в поздних стадиях больные вовсе перестают прибегать к каким-либо объяснениям и стремятся любыми способами к удовлетворению потребности в алкоголе без каких-либо попыток оправдать свое поведение.

Та же тенденция наблюдается и в изменениях другого вида действий, входящих в структуру деятельности по удовлетворению потребности в алкоголе — действий по добыванию средств на алкоголь.

Сначала эти действия довольно сложны — больные стараются обеспечить себе дополнительный заработок, утаить от семьи премнальные и т. п. Со временем действия становятся все более неопосредствованными⁷, примитивными и стереотипными: больные занимают деньги под заведомо ложным предлогом, хотя обман раскрывается завтра же и больной потеряет возможность дальнейшего кредита; продают за бесценок вещи и т. п.

Нарушения опосредствованности распространяются и на *способы удовлетворения* потребности в алкоголе.

Вначале потребность в алкоголе требует для своего удовлетворения соответствующей обстановки, определенного окружения и целого ряда других атрибутов. В ходе болезни каждый из этих атрибутов все более редуцируется.

По мере возрастания потребности больных перестают удовлетворять размеры потребляемого алкоголя в рамках обычных, общепринятых ситуаций: они начинают торопить окружающих с очередным тостом, стре-

⁷ В этом отношении характерна сцена из комедии А. Н. Островского «Волки и овцы»: молодой человек при первом же знакомстве с богатой невестой просит у нее денег на водку, тем самым лишается ее расположения и соответственно всех видов на получение приданого.

мятся быстрее и больше, чем другие, выпить алкоголя. В психиатрической литературе эти проявления возрастающей потребности обозначаются как «симптом опережения круга». Но и «опережение круга» уже не может удовлетворить больных, и вскоре они находят или сами составляют себе «компанию», где их «понимают» и где они могут, наконец, полностью удовлетворить свою потребность⁸.

В сущности, в этих «компаниях» и протекает формирование многих черт «алкогольной личности». Только здесь и нигде больше больной начинает чувствовать себя в своей стихии, чувствовать общность, спаянную одной целью — выпивкой. Именно здесь происходит формирование многих понятий, даже целого «кодекса чести» алкоголика.

Больные проводят в своих «компаниях» все больше свободного времени. Вне «компаний» им становится скучно, они раздражаются по пустякам, не знают куда себя деть, чем заняться; зато в «компаниях» им становится хорошо, они оживляются, много говорят, смеются. Надо заметить, что несмотря на внешнюю оживленность разговоров, со временем они становятся все более стереотипными. Это обстоятельство особо подчеркивал известный немецкий психиатр Г. Груле [62]. Нередко у каждого постоянного члена «компаний» есть и своя постоянная тема разговора, своя излюбленная история, которую он повторяет вновь и вновь.

Наконец, эти «компаний», как правило, разнородны по своему составу: здесь есть и еще здоровые люди, лишь начавшие систематически употреблять спиртное, есть и тяжелые алкоголики. Так что у тех, кто попадает в такую «компанию»⁹, всегда имеется «зона ближайшего развития»: здесь они услышат о необходимости опохмеления, о том, как надо «бороться» с антиалкогольным лечением и тому подобное.

⁸ В выборе «компаний» играет роль, конечно, не только сама по себе возрастающая потребность в алкоголе, но и происходящая в ходе болезни перестройка мотивационной сферы личности, на характеристике которой мы остановились в предыдущем параграфе.

⁹ Художественное, клинически и психологически верное описание «алкогольной компании» дано в повести В. Липатова «Серая мышь» (В. Липатов. Две повести. М., «Молодая гвардия», 1972).

В общем, «алкогольная компания» — благодатная почва для становления и развития болезни. Это то непосредственное микросоциальное окружение, на которое, как правило, ориентируется больной алкоголизмом. Говоря словами социальных психологов, «алкогольная компания» является для него эталонной группой, т. е. «такой группой, чья система взглядов используется как система эталонов» [57].

Однако даже широкие возможности для удовлетворения потребности, которые дает «алкогольная компания», становятся по мере развития болезни все более тесными. Больные начинают отдаляться от определенной «компании» и пьют либо со случайными собутыльниками, либо одни. Так становится ненужным прежде необходимый атрибут удовлетворения потребности в алкоголе — определенное окружение. Аналогичный процесс происходит и с другими атрибутами удовлетворения потребности.

Таким образом, действия, входящие в состав деятельности по удовлетворению потребности в алкоголе, в исходных стадиях болезни все более редуцируются. В результате эта деятельность теряет присущее нормальному поведению сложное опосредствованное строение.

* *
*

Нарушения опосредствованности затрагивают не одну лишь деятельность по удовлетворению потребности в алкоголе, но распространяются на все поведение больных.

Эти нарушения обусловлены прежде всего характером изменений потребности в алкоголе, которые идут в направлении от опосредствованного к непосредственному строению, от достаточно сложных, развернутых способов удовлетворения к примитивным. При этом потребность в алкоголе не только становится главенствующей в иерархии других потребностей, но по ходу болезни все более укрепляется в этом качестве, все более начинает доминировать в поведении больных. Поэтому все менее действенными становятся потребности (прежде всего высшие, духовные), требующие для

своего удовлетворения длительной и сложноорганизованной деятельности. Такая деятельность становится несовместимой с непреодолимой, наркоманической потребностью в алкоголе, которая требует безотлагательного удовлетворения. В результате остаются лишь те потребности, которые могут удовлетвориться несложными, малоопосредствованными действиями¹⁰.

Нарушения структуры деятельности вызваны не только психологическими последствиями того, что потребность в алкоголе становится наркоманической; они в значительной мере усугубляются интеллектуальным снижением, расстройствами внимания, памяти, работоспособности и другими проявлениями токсической энцефалопатии. (На роли интеллектуально-мнестических нарушений в процессе деградации личности мы остановимся в главе VIII.)

* * *

Нарушения опосредствованности поведения наблюдаются не только при хроническом алкоголизме, но и при других психоневрологических заболеваниях, прежде всего тех, которые (подобно алкоголизму) приводят к органо-деструктивным изменениям мозга. Являются ли в таком случае нарушения опосредствованности при хроническом алкоголизме специфическими или они протекают по общему и для других органических заболеваний типу?

Для ответа на этот вопрос был проанализирован процесс формирования нарушений опосредствованности деятельности у больных эпилепсией. Результаты анализа позволили затем провести сравнение нарушений опосредствованности у больных эпилепсией и у больных хроническим алкоголизмом.

Описания личности и поведения больных эпилеп-

¹⁰ В этом, на наш взгляд, кроется одна из психологических причин чрезвычайной социальной опасности, которую несут больные алкоголизмом (причем не только в состоянии опьянения). Примитивный характер их потребностей требует немедленного удовлетворения, часто любимыми под руку попадающими средствами — как бы они ни были антисоциальны, как бы они ни были опасны для достоинства и жизни другого человека.

сней широко представлены в психиатрической литературе. Большинство авторов со времен Э. Крепелина отмечают, что при длительном и неблагоприятном течении болезни у больных появляются определенные, ранее не свойственные им черты. Больные делаются крайне эгоцентричными: «собственное здоровье, собственные мелочные интересы — вот что все более отчетливо становится в центре внимания больного» ([20], стр. 292), появляется придирчивость к окружающим, стремление поучать, ханжество, педантизм и ряд других черт. Все вместе они образуют характер, едва ли не самый яркий в психиатрической клинике. Как же он формируется и какую роль играют в этом процессе нарушения структуры деятельности?

В психиатрической литературе наряду с подробными описаниями личности больных эпилепсией отсутствует психологический анализ того, как эта личность сформировалась. Нередко авторы ограничиваются попыткой установить прямые корреляции между типом болезненного процесса и теми или иными изменениями личности. Получается, что качество очага эпилепсии в головном мозгу есть прямая причина эгоцентризма или мелочной педантичности. Конечно, легко предположить, что чем злокачественнее протекает болезнь, тем усугубленнее становятся нарушения личности. Однако такого рода корреляции вряд ли могут объяснить особенности личности, они лишь ставят проблему, решать которую — дело дальнейшего исследования. Здесь уместно привести слова Л. С. Выготского, который писал в свое время по поводу педологических диагнозов типа: ребенок аномален, потому что его отец — алкоголик. «Но какими же бесчисленными связями, посредствующими звеньями, переходами связана эта причина с этим следствием... какая пустота зияет в истории развития, если исследователь прямо и непосредственно сводит первое и последнее звенья длинной цепи, опуская все промежуточные звенья, какая вульгаризация научного метода» [10].

Здесь мы рассмотрим формирование таких типичных черт эпилептического характера, как педантичность, аккуратность, поскольку в них наиболее выпукло отразились нарушения структуры деятельности больных эпилепсией.

В начальных стадиях болезни педантизм, аккуратность больных эпилепсией, как правило, не носят в себе каких-либо патологических черт. Они являются даже известного рода компенсацией первичных, идущих от биологических особенностей болезни дефектов. Например, только при помощи тщательного и последовательного выполнения всех элементов стоящего перед ним задания больной может компенсировать нарастающую инертность, тугоподвижность мыслительных процессов и прийти к правильному решению. Экспериментально это было убедительно показано в работах Б. В. Зейгарник [15].

Однако последовательное выполнение отдельных элементов задания всегда требует, хотя бы на время, отвлечения от конечной цели всей деятельности. И чем труднее для данного больного выполнение данного действия, тем больше это отвлечение, пока, наконец, само выполнение действия не становится самоцелью.

Приведем несколько поясняющих примеров из историй болезни. Больные эпилепсией иногда становятся чертежниками, переплетчиками и выполняют эту работу медленно, но чрезвычайно тщательно. Работа чертежника сама по себе требует известного смещения внимания с реального предмета на четкое проведение линий. Здесь больные и находят себя. Один из них говорит: «Я не люблю как другие лишь бы как сделать... Предпочитаю на миллиметровочке цветным карандашиком по лекалу начертить. Девушки чертят от руки, а я считаю, что надо точнее».

Другой больной, в прошлом подающий надежды музыкант, теперь работает переплетчиком. Очень доволен и горд своей работой. По словам сослуживцев, переплетает крайне медленно, но с большой тщательностью.

Наконец, третий больной, находящийся в исходной стадии болезни, часами собирает на полу мусор и аккуратными рядами складывает его у себя на кровати.

Приведенные примеры говорят о сужении в ходе болезни поля ориентировки больных. Само по себе это сужение свойственно не только больным эпилепсией. Как отмечают В. М. Коган и Э. А. Коробкова, это специфическая черта всех больных, страдающих текущими органическими заболеваниями. Это нарушение не поз-

воляет больным сразу охватить все существенные элементы ситуации, они вынуждены переходить «от одно-временного (симультанного) восприятия к замедленному, последовательному, а затем как бы возвращаться к началу для синтеза всего воспринимаемого» ([22], стр. 32). Такой процесс неизбежно ведет к конкретности восприятия, к трудностям выделения главного из второстепенного. (Обычно таким больным доступны лишь те виды деятельности, где требования к широте охвата и быстроте ориентировки невелики — они могут хорошо работать граверами, часовщиками, но не диспетчерами или шоферами.)

Перечисленные нарушения ориентировки усугубляются у больных эпилепсией нарастающей инертностью, тугоподвижностью нервных и психических процессов.

Со временем больным эпилепсией становятся труднодоступными не только сложные виды деятельности, но и прежде отработанные, автоматизированные действия (навыки). Чтобы понять, к каким последствиям это приводит, достаточно вспомнить значение автоматизированных действий в психической жизни. «Только благодаря тому, что некоторые действия закрепляются в качестве навыков и как бы спускаются в план автоматизированных актов, сознательная деятельность человека, разгружаясь от регулирования относительно элементарных актов, может направляться на разрешение более сложных задач» ([41], стр. 533). При эпилепсии происходит, напротив, дезавтоматизация, которая «засоряет» сознание больных, переключая его на выполнение того, что в норме является вспомогательной технической операцией.

Следует заметить, что в данном процессе (превращение операции в сознательное действие) нет ничего специфически «патологического» — он часто случается и в обычной, «нормальной» деятельности. Как отмечает А. Н. Леонтьев, «достаточно какого-нибудь отклонения от нормального осуществления операции и тогда сама эта операция, как и ее предметные условия, отчетливо выступают в сознании» ([25], стр. 297). Более того, процесс осознания самого способа выполнения действия чрезвычайно важен. Он помогает сознательно проверить все звенья предварительно отработанного

действия, найти ошибку в выполнении или примерить способ выполнения к новым, изменившимся условиям.

Однако в норме такая отработка, как правило, не становится сама по себе самостоятельным мотивом, она лишь промежуточная цель, соподчиненная какому-либо дальнему мотиву. Поэтому и смысл отработки лежит вне ее, он лежит в системе куда более широких отношений. (Так человек овладевает операцией переключения скоростей не ради ее самой, но чтобы научиться управлять автомобилем. В свою очередь умение управлять автомобилем займет разное место в иерархии других деятельности, например, в зависимости от того, кем станет данный человек — профессиональным шофером или шофером-любителем.)

Качественно иное происходит при эпилепсии. Вследствие нарастающей инертности дезавтоматизация захватывает не одну какую-нибудь деятельность больного, но равно все его деятельности, что вызывает значительную перегрузку сознания, вынужденного вникать в каждую техническую подробность выполнения действия. В результате каждая такая техническая подробность, каждая операция может стать сама по себе сознательной целью, а затем и сознательным мотивом деятельности больного. «Деятельность» как основная единица психики перемещается и замыкается в узком кругу того, что в норме является «действием» или «операцией», т. е. единицами вспомогательными.

Вместе со смещением мотива из широкого поля деятельности на выполнение «узкого» действия происходит и соответственное смещение смысла деятельности, ибо «каков мотив деятельности, таков и смысл для субъекта его действий» [26]. Происходит то, что можно было бы обозначить как «сокращение смысловых единиц деятельности». Сложная опосредствованная деятельность теряет смысл для больного, главным же становится выполнение отдельных, ранее вспомогательных действий, которые в свою очередь становятся смыслообразующими для еще более мелких, drobных действий.

Перенесение мотива из «широкой» деятельности на выполнение «узкого», вспомогательного действия можно показать и экспериментально.

А. Карстен была предложена методика исследова-

ния так называемого «психического пресыщения» [64]. В этом эксперименте испытуемому предлагалось выполнять монотонную работу — рисовать на бумаге ряды черточек или кружков (при этом перед испытуемым лежит большая стопка чистых листов бумаги). Обычно через 5—10 минут после заполнения 2—5 листов испытуемые начинали вносить те или иные вариации: изменяли темп работы, качество рисунка. Появлялись «сопроводительные» действия: испытуемые начинали напевать, постукивать ногами и т. п. Все это свидетельствовало, по мнению А. Карстен, что побуждение к выполнению действия начинает иссыхать и наступает явление «психического пресыщения». Когда вариации становились явно выраженными, вводилась новая инструкция: испытуемому говорили, что монотонное задание было предложено, чтобы проверить его выдержку, силу воли. В большинстве случаев вторая инструкция приводила к новому осмыслению задания, при этом исчезали грубые вариации и испытуемый еще некоторое время мог выполнять монотонную работу.

Совершенно иные результаты были получены Б. В. Зейгарник при исследовании больных эпилепсией. Здесь явления пресыщения фактически не наступало. Больные исписывали черточками множество листов бумаги, не внося в свою работу каких-либо значительных вариаций. Более того, монотонная работа доставляла им видимое удовольствие, и они могли заниматься ею в течение нескольких часов. При этом вторая инструкция («проверяется ваша выдержка») совсем не изменяла хода эксперимента. Больные пропускали ее как несущественное замечание и продолжали в том же темпе чертить черточки [17].

Если для нормальных испытуемых монотонная работа не представляла никакого самостоятельного интереса и для ее продолжения требовалось привнесение более общего мотива, то для больных эпилепсией само по себе аккуратное и тщательное проведение черточек было достаточно действенным мотивом и несло определенный смысл.

Те закономерности, которые мы наблюдали при формировании патологической педантичности, достаточно типичны и для образования других черт эпилептического характера.

В основе их формирования также лежит переход от «широкой» к «узкой» деятельности, жесткое закрепление на одних и тех же способах выполнения.

Возьмем, например, такую широко известную черту больных эпилепсией, как постоянную заботу о своем здоровье. Само ее возникновение вполне понятно, ведь эпилепсия — тяжелое прогрессирующее заболевание. Естественно, что больные готовы строго выполнять все предписания врача, поскольку знают, что всякое нарушение режима лечения может привести к появлению новых припадков.

Вначале больные рассматривают заботу о своем здоровье прежде всего как необходимое средство продолжения привычной им деятельности (работы, учебы и т. д.). Со временем эта забота уже перестает подчиняться дальним мотивам и становится самоцелью. Наконец, в поздних стадиях болезни для больных нередко становится главным уже не сама по себе забота о здоровье, а тщательное выполнение тех или иных лечебных процедур. Известно, что иногда больной эпилепсией способен устроить скандал в больничной палате, если ему вместо обычных таблеток дадут таблетки несколько иной формы или размера. Все объяснения медицинского персонала, что по составу это то же самое лекарство, могут быть совершенно напрасными. Для больного главным и смыслообразующим становится самый прием таблеток строго определенного вида, то есть то, что раньше было лишь вспомогательным средством и могло быть поэтому легко заменено другим адекватным ему средством. В результате меняется и характер заботы о своем здоровье. Эта забота перестает отвечать объективным требованиям, становится патологической.

Таким образом, при эпилепсии, так же как и при хроническом алкоголизме, происходят значительные изменения структуры деятельности. Однако эти изменения обусловлены разными причинами и ведут поэтому к разным результатам.

При хроническом алкоголизме нарушения опосредствованности формируются прежде всего в одном виде деятельности — деятельности по удовлетворению потребности в алкоголе и лишь затем распространяются на все поведение. При эпилепсии эти нарушения могут

затрагивать одновременно различные виды деятельности субъекта.

При хроническом алкоголизме процесс идет по пути редуцирования деятельности, в ходе которого деятельность лишается одного за другим вспомогательных действий. При эпилепсии каждое из вспомогательных действий может стать самостоятельной деятельностью. Если в первом случае деятельность свертывается за счет исчезновения вспомогательных действий, то во втором случае, напротив, любое вспомогательное действие или операция могут как бы разворачиваться в самостоятельную деятельность.

Мы специально столь подробно остановились на сравнении структуры деятельности больных эпилепсией и больных хроническим алкоголизмом, чтобы еще раз показать важность конкретного анализа деятельности. Выделение того или иного параметра личностной деградации (в данном случае — опосредствованности деятельности) еще недостаточно для характеристики личности. Лишь психологический анализ всего процесса патологического развития позволяет раскрыть специфику этой черты именно для данного заболевания и показать ее связь со всей структурой личности больного человека.

* *
*

Специфические нарушения структуры деятельности довершают картину деградации личности больных хроническим алкоголизмом. Психологическая характеристика этих нарушений, а также изменений иерархии мотивов может быть использована при определении содержательных критериев алкогольной деградации личности. Учет нарушений структуры деятельности, изменений мотивационной сферы позволяет, в частности, увидеть психологическое различие между «нормальной» и аномальной, «патологической» личностью.

Из общей психологии известно, что чем более опосредствована деятельность, тем более она осознанна [11, 25]. Ясное осознание цели, различных путей к ней дает возможность человеку по своему выбору прибегать к тем или иным действиям, сознательно управлять

своим поведением. Работами К. Левина и его сотрудников показано, что чем более развита сфера потребностей, тем сложнее и разнообразнее пути и способы их удовлетворения [65, 66]. А. Маслоу замечает, что чем выше потребность, тем менее она императивна [67].

Качественно иное происходит при хроническом алкоголизме, где изменения в мотивационной сфере протекают в условиях значительных биологических сдвигов.

Нарастающая потребность в алкоголе не только соподчиняет остальные потребности, но, усугубляясь интоксикационной энцефалопатией, угнетает их, она императивна. Новая система мотивов, сформировавшаяся в ходе болезни, отличается от нормальной своей структурой: исчезают дальние мотивы, требующие сложного опосредствованного поведения, больных начинают реально побуждать к деятельности только мотивы ближние, среди которых главный и смыслообразующий — алкоголь. Исчезает сложная человеческая организация поведения.

Итак, в ходе болезни потребность в алкоголе не просто «надстраивается» над прежней иерархией потребностей, но преобразует эту иерархию, преобразует самые мотивы и потребности личности. Тем самым личность не «уплощается», не «снижается», как обычно пишут в психиатрических учебниках, — она *переформируется*. В итоге перед нами уже новая личность, с качественно новыми мотивами и потребностями, с новой их организацией.

* *
*

Высказанное положение представляется принципиально важным для понимания психологии личности больных хроническим алкоголизмом. Оно должно быть учтено и при разработке практических мер, направленных на лечение больных, их социальную и трудовую реадaptацию.

В настоящее время большинство клиницистов признает недостаточность одного лишь медикаментозного лечения больных алкоголизмом. Между тем прин-

цпы психологического, психотерапевтического воздействия остаются мало разработанными.

Специальные препараты вырабатывают у больных отвращение к запаху и вкусу алкоголя, а психотерапия обычно сводится к тому, что больного убеждают (в свободной беседе или в гипнотическом внушении) сознательно отказываться от любого алкогольного напитка.

Нет сомнения, что убедить больного воздерживаться от спиртных напитков — задача первоочередная, это — необходимое условие избавления от алкоголизма. Необходимое, но еще недостаточное. Ради чего больному алкоголизмом бросать пить? Такой вопрос кажется излишним, а ответ на него самоочевидным — ради семьи, собственного здоровья, уважения окружающих, материальной обеспеченности и других общечеловеческих ценностей.

Однако, как мы пытались показать в этой главе, личность больного хроническим алкоголизмом отличается от психически здоровой, «нормальной» личности по целому ряду психологических параметров, а именно иной организацией мотивационной сферы, нарушениями структуры деятельности, изменениями способов удовлетворения потребностей и др. Поэтому апелляция к общепринятым ценностям по мере углубления болезни становится все более лишенной реального психологического основания¹¹. Алкоголизм недаром относится к психическим заболеваниям, и нередко «угуговорить» больного, находящегося в поздней стадии алкоголизма, так же маловероятно, как и переубедить психически больного человека, охваченного бредовыми идеями [40].

Может быть, само по себе длительное воздержание от алкоголя вполне достаточно, чтобы произошла «об-

¹¹ Отсюда, в частности, следует, что антиалкогольная пропаганда, меры общественного воздействия должны адресоваться к тем, у кого еще не сформировалась патологическая потребность в алкоголе, не произошли значительные изменения в мотивационной сфере. Именно здесь мы еще вправе обращаться к здравому смыслу, говорить о тех социальных и психологических последствиях, к которым ведет злоупотребление алкоголем. Нужно, однако, не только запугивать людей «ужасами» алкоголизма. Мы слишком много и часто говорим о том, как плохо пить, и порой не умеем убедительно рассказать о том, почему хорошо не пить.

ратная» перестройка личности и перед нами появился прежний человек, прежняя личность?

К сожалению, это не так. Существуют специальные лечебно-трудовые профилактории принудительного лечения и трудового перевоспитания, где больные алкоголизмом длительное время (до двух лет) изолированы от спиртных напитков. Но и такое лечение оказывается малоэффективным.

По-видимому, необходимо не только воздержание, не только труд, но и формирование новых, реально действующих мотивов поведения. Мысль эта высказана давно замечательным русским психиатром С. С. Корсаковым. В письме от 5 августа 1889 года он писал: «Рассуждая о том, что делать с пьяницей, как отучить его от пьянства я полагал, что одним приютом трудно помочь пьянице — можно продержат его и год, и два, но когда он выйдет, он опять будет пить, если только не дать ему за это время какого-нибудь нового душевного содержания, какой-нибудь душевной жизни»¹².

Кто же должен дать «новое душевное содержание»?

Нам представляется, что это задача специалиста-психотерапевта, вооруженного знанием общих закономерностей изменения личности при алкоголизме. В ее осуществлении ему несомненно могут и должны помочь семья, товарищи, сослуживцы больного. Но это лишь помощь, поскольку для непосвященных дело представляется обычно крайне упрощенно: пьет запоями — значит болен, не пьет — значит здоров. Между тем воздержание само по себе не есть выздоровление, но только начало выздоровления, отправная точка в борьбе с психологическими последствиями болезни.

Пока что современная психотерапия в основном стремится задавать больному лишь цели конкретных действий (не пить при любых обстоятельствах, противостоят уговорам «компании» и т. п.). Однако задача психотерапии должна быть куда шире, она должна быть направлена на создание новой ведущей мотивации. Больной должен знать, ради какого позитивного мотива необходимы негативные меры и самоограничения. «Для того чтобы возбудить интерес, нужно не

¹² Цит. по: Н. Н. Баженов. Психиатрические беседы. М., 1903, стр. 6.

указывать цель, а затем пытаться мотивационно оправдать действие в направлении указанной цели, но нужно, наоборот, создать мотив, а затем открыть возможность нахождения цели...»¹³.

Следовательно, необходимо создать действенные смыслообразующие мотивы поведения, реализация которых потребует от больных выполнения целого ряда условий, главное из которых — абсолютное воздержание от алкоголя.

Какими должны быть эти новые смыслообразующие мотивы, сейчас сказать трудно. Одно ясно: рассчитывать на то, что такими мотивами сразу станут семья, работа и другие общепринятые ценности — значит игнорировать весь процесс изменения личности, происходящий в ходе болезни. Очень показательны в этом отношении наблюдения за больными алкоголизмом в периоды их длительного воздержания от алкоголя.

Первое время после лечения больные нередко испытывают чувство пустоты, бессодержательности жизни, полное безразличие к окружающему. Затем, к концу первого года воздержания у большинства больных (по данным *Я. К. Авербаха* в 70—80% [1]) появляются новые, не свойственные им ни до болезни, ни в периоды болезни черты личности. Одни из них становятся крайне скупыми, начинают копить деньги, при этом тщательно проверяют все расходы, связанные с содержанием семьи, требуют отчета по поводу каждой потраченной копейки. Другие начинают заниматься разведением рыб, цветов, коллекционированием марок и другими видами «хобби».

Таким образом, в период ремиссий мы наблюдаем своеобразное заполнение той «душевной пустоты», которая образуется у больных при отнятии алкоголя. Пока что это «заполнение» идет чаще всего стихийно и его успех зависит от многих случайных обстоятельств. Этим отчасти объясняется то, что больные во время ремиссий, особенно в первые месяцы, могут легко поддаваться уговорам «компаний», минутному настроению и вновь начать пить.

¹³ А. Н. Леонтьев. Психологические вопросы сознательности учения. «Известия АПН РСФСР», 1947, № 7, стр. 37.

Появление в период длительного воздержания от алкоголя новых, ранее не бывших у человека черт еще раз свидетельствует о глубоких изменениях, происшедших в структуре личности за время болезни. Человек не может сразу стать прежним, каким он был до болезни, ибо прежние, некогда ведущие и смыслообразующие мотивы перестали быть действенными. В нем не существует одновременно как бы двух иерархий мотивов — одна для болезни, а другая — для трезвости. Происшедшие в ходе болезни изменения касаются всей личности в целом, всей структуры ее мотивов. Поэтому и ремиссия сопровождается не механическим возвратом к преморбидной (добольной) структуре личности, а характеризуется формированием новых мотивов, новой их организацией, иерархией, которая соответствует и новому образу жизни больных. Этот процесс должен иметь свои психологические закономерности и требует отдельного исследования.

ФОРМИРОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

В предыдущей главе было показано, что в ходе болезни алкоголь как мотив все более подчиняет себе остальные мотивы и становится в конце концов ведущим и смыслообразующим для всего поведения, становится главенствующим в иерархии мотивов личности. Причина этого процесса кроется, по-видимому, в неизбежности, вследствие возрастания потребности в алкоголе, расширения деятельности по удовлетворению этой потребности.

Неизбежность все большего вовлечения больных в деятельность по удовлетворению потребности в алкоголе во многом обуславливает и возникновение конкретных черт так называемой «алкогольной личности». Рассмотрим «механизм» этого процесса на примере моральной деградации больных алкоголизмом.

Как уже отмечалось, выполнение любого действия в ходе деятельности по удовлетворению потребности в алкоголе обязательно осознается больным именно как вспомогательное средство, ступень к достижению конечной цели. При этом каждый раз больной решает для себя ряд соподчиненных задач, в которых даны условия и известна цель (например, надо достать деньги при условии, что их не у кого занять). Человек должен сам отыскать способы решения такой задачи. Однако в данном случае он имеет дело не просто с отвлеченной интеллектуальной задачей, в данном случае перед ним жизненная задача и вслед за ее решением в уме (скажем, можно продать платье дочери) неизбежно должна встать дилемма: преступать или не преступать свои прежние моральные нормы (речь идет о первом решении).

Сказанное не означает, что больной всегда именно так осознает данную ситуацию, однако структура, схема

подобных действий, по-видимому, такова¹. Это подтверждается и довольно строгой последовательностью в совершении действий, о которой уже говорилось (сначала утаивается часть зарплаты, затем продаются свои вещи, потом вещи жены, детей), и тем, что, находясь в «светлом» состоянии, больные предпочитают отмалчиваться или с крайней неохотой признаются в совершении именно этих действий. Точнее, действиями их можно назвать только в плане структуры деятельности по удовлетворению потребности в алкоголе. С точки зрения характеристики личности — это *поступки*, т. е. действия, требующие соотнесения с моральными нормами.

В этих поступках постепенно формируются черты личности, которые затем станут устойчивыми и, как бы по внешней видимости, изначально принадлежащими больным хроническим алкоголизмом.

Речь идет, конечно, не о том, что единичные поступки могут привести к появлению тех или иных личностных особенностей. Однако в ходе болезни эти поступки перестают быть случайными и единичными, они становятся неизбежным, закономерным следствием логики развития самой жизни больных. Именно поэтому их следует рассматривать как ступени деградации.

* *
*

Рассмотрим теперь черту, которая упоминается почти во всех описаниях личности больных алкоголизмом. Это — «слабоволие».

Несмотря на единодушие в том, что больные алкоголизмом «слабовольны», авторы расходятся в толковании природы этого нарушения: одни считают, что «слабоволие» присуще всей личности больных, всем ее действиям, другие считают, что «слабоволие» больных «парциально» и относится только к неумению сопротивляться «пагубной страсти».

¹ Вот что говорит о первой продаже своих вещей человек, сам долгое время страдавший хроническим алкоголизмом: «Первой пропитой вещью были часы, и этот шаг означал не сползание еще на одну ступень, а большой качественный скачок. Дело было не в том, что я пропил очередные двадцать рублей, а в том, что еще один нравственный барьер рухнул» (Д. Самсонов. Горькая исповедь. — В сб. «Мнение неравнодушных». М., Политиздат, 1972).

В историях болезни и в клинических описаниях можно найти многочисленные подтверждения как той, так и другой точки зрения. Часто упоминается, что больные, приняв, казалось бы, твердое решение покончить с выпивкой и раскаявшись в своем злоупотреблении, могут легко поддаться уговорам даже малознакомых людей и вновь начать пить. Случается, что больные, с энтузиазмом и решимостью приступив к новой работе, пасуют перед первыми, даже незначительными трудностями.

Со временем все поведение больных становится мало-предсказуемым, оно начинает складываться под влиянием тех или иных случайных обстоятельств. «Если до болезни,— замечают А. А. Портнов и И. Н. Пятницкая,— можно было предвидеть, как будет себя вести тот или иной человек в одних и тех же внешних обстоятельствах, то с развитием признаков алкоголизма этого сделать нельзя» ([40], стр. 159).

Только что приведенную характеристику на первый взгляд можно полностью отнести и к больным с поражением лобных долей мозга. Так, по данным А. Р. Лурия, Б. В. Зейгарник, Е. Д. Хомской, Л. С. Цветковой, С. Я. Рубинштейн и др., поведение больных с поражением лобных долей мозга также отличается «непредсказуемостью» и нередко зависит только от случайных внешних воздействий. Попытаемся, однако, найти психологическое различие между этими двумя видами «слабоволия». Такое сравнение представляется не лишним в данном исследовании, поскольку оно может помочь яснее представить себе характер «слабоволия» больных хроническим алкоголизмом.

Здесь мы не будем останавливаться подробно на характеристике личности больных с поражением лобных долей мозга — эти данные широко представлены в работах советских патопсихологов и нейропсихологов [15, 18, 28, 31, 32, 45 и др.]. Воспользуемся для нашего сравнения описанием случаев лишь «чистого» лобного синдрома, когда травма (преимущественно сквозное пулевое ранение лобных долей мозга) не сопровождается сколь-нибудь серьезными побочными нарушениями.

Такие больные, нередко беспрекословно, подчиняются режиму лечашего учреждения, послушны, веселы, словоохотливы, без боязни идут на самые сложные и

опасные операции. Словом, по внешней видимости они представляются «идеальными» больными.

Однако подобные больные остаются упорядоченными и ничем не выделяющимися из массы других больных лишь в обстановке строгой регламентации их поведения. Там же, где обстоятельства требуют проявления собственной инициативы, они сразу становятся пассивными, легко поддающимися случайным влияниям. Приведем в качестве иллюстрации описание поведения больного с поражением лобных долей мозга, заимствованное нами из диссертации С. Я. Рубинштейн [45].

Больной К. 23 марта 1941 года получил сквозное пулевое ранение обеих лобных долей, после чего ему была сделана операция—удаление многочисленных костных осколков, внедрившихся в мозговое вещество левого лобного полюса. Послеоперационный период проходил гладко.

Психическое состояние больного К. Больной правильно ориентирован в месте, времени и окружающей обстановке. Правильно рассказывает о событиях прошлой жизни. Знает о своем ранении, но считает его «пустяковым», не видит у себя никаких отрицательных последствий ни в физическом, ни в психическом состоянии.

Доступен, словоохотлив, безмятежно весел. Беспрекословно подчиняется режиму госпиталя, но если товарищи предлагают какое-либо мероприятие, нарушающее режим, точно так же беспрекословно следует за ними. По просьбе товарищей часто играет на балалайке, напевает, но, будучи предоставлен самому себе, долго бездельно сидит молча.

По назначению врача больной К. начал работать в мастерских трудовой терапии. Охотно брался за любую, даже самую тяжелую работу. Однако, выполняя любые отдельные задания, К. никогда не интересовался результатом работы в целом, не заботился о качестве своей работы, не огорчался, если товарищи или инструктор по труду сердились на него из-за небрежной работы. Однажды, пристрочив на швейной машине лицевую сторону к изнанке, в ответ на замечание лишь рассмеялся: «Сойдет».

После прохождения врачебной комиссии больной К. был снят с военного учета и признан инвалидом III группы. В то время как все раненые в дни выписки из госпиталя беспокоились о своей дальнейшей судьбе, К. оставался совершенно равнодушным и легко менял решения под влиянием внешних обстоятельств: сначала он собирался поехать к своему дяде, потом охотно согласился на предложение соседа по палате поехать к нему в гости, затем так же без колебаний согласился остаться в госпитале на должности санитаря.

Если в условиях строго регламентированного режима госпиталя К. мало чем отличался от других больных, то с момента выписки неправильность его поведения стала очевидной. Так, работая санитаром, К. добросовестно выполнял свои обязанности до тех пор, пока за ним кто-нибудь наблюдал. Когда же он оставался предоставленным самому себе, то даже незначительное внешнее воздей-

ствие могло отвлечь его от работы. Больной, например, мог поддаться уговорам малознакомого человека и пойти за ним, оставив носилки с раненым прямо на снегу.

Больного перевели на другую работу — истопником. Но в первый же день товарищи уговорили его пойти в кино, а затем он лег спать, оставив работу невыполненной.

Больной мог хорошо работать только при постоянном руководстве им. При этом он был неизменно послушлив, добродушен, чем вызывал искреннюю симпатию окружающих людей. Но при малейшей самостоятельности вновь и вновь обнаруживались неправильности поведения (забывал получать продуктовые карточки, уходил среди рабочего дня, чтобы выполнить нелепые поручения слабоумных больных, и т. п.).

Приведенная иллюстрация показывает, что у больных с поражением лобных долей головного мозга поведение складывается в значительной мере под влиянием внешних обстоятельств, в результате чего происходит, словами А. Р. Лурия, «нарушение сложных программ действий» [32].

Нельзя сказать, что у этих больных вообще отсутствует волевое действие, т. е. «действие, направленное на достижение сознательно поставленных целей» [38]. Однако сами эти цели являются всегда ближайшими и, что наиболее важно, эти цели не создаются самим больным (больной может даже голодать, но сам не пойдет за продуктами — наблюдение С. Я. Рубинштейн [45]), а даются ему извне, внешними обстоятельствами, окружающими людьми. Отсутствие постоянных внутренних побуждений и дает себя знать патологическим «слабоволием», внушаемостью больных с поражением лобных долей мозга.

Вышесказанное позволяет по-новому посмотреть на проблему «слабоволия» при хроническом алкоголизме.

Прежде всего данные историй болезни и клинические наблюдения показывают, что больные хроническим алкоголизмом не всегда легко подчиняются внешним влияниям. Крайняя нестойкость большинства мотивов (работа, семейное благополучие, лечение и т. п.) никак не распространяется на деятельность по удовлетворению потребности в алкоголе. Казалось бы, совершенно безразличные ко всему больные становятся здесь активными и целенаправленными: изыскивают разные способы добывания денег, придумывают хитроумные предлоги и т. п. В дальнейшем, под влиянием нарастающего органического дефекта, эти действия становятся все более

примитивными и стереотипными. Однако сейчас нам важно подчеркнуть, что именно в этом виде деятельности больные проявляют наибольшую «волю» к достижению конечного результата. Здесь мы видим подтверждение мысли С. Л. Рубинштейна, что всякий волевой акт выражает не только побуждение, связанное с целью именно данного волевого действия, но и более или менее адекватно — личность в целом [42]. В данном случае «мобилизация воли» в деятельности по удовлетворению потребности в алкоголе есть отражение глобальных изменений в иерархии мотивов, а именно того, что алкоголь становится «верхушечным» мотивом в этой иерархии и поэтому обладает реальной побуждающей силой, в то время как другие мотивы утрачивают свою действенность и занимают все более подчиненное, второстепенное место.

Известно, что старые психиатры считали «слабоволие» основным признаком, стержнем нарушений личности при алкоголизме. В дальнейшем эта концепция была отодвинута на второй план, и проблема «слабоволия» больных алкоголизмом реже затрагивалась на страницах психиатрической литературы.

Спор о «слабоволии» больных алкоголизмом оказался малопродуктивным, потому что «воля» рассматривалась главным образом как некая самостоятельная функция, которая нарушается либо частично, либо полностью. Между тем волевые качества обусловлены особенностями всей личности в целом и прежде всего особенностями ее мотивационной сферы. «Поведение становится волевым,— писал Д. Н. Узнадзе,— только благодаря мотиву, который так видоизменяет поведение, что последнее становится приемлемым для субъекта» ([52], стр. 403). Надо надеяться, что дальнейшее изучение закономерностей мотивационной сферы поможет полнее раскрыть психологическую природу волевых действий как у «нормальной», так и у аномальной, «патологической» личности.

* *
*

Есть еще одна типичная черта больных хроническим алкоголизмом, которая сближает их с больными, пере-

несшими травму лобных долей мозга. Это — некритичность, благодушие, своеобразная анозогнозия, т. е. игнорирование, «незамечание» своей болезни. Вновь, для того чтобы полнее представить себе природу этого нарушения, сравним, как оно проявляется при том и другом страдании.

Известно, что больные, перенесшие травму лобных долей мозга, обычно не считают себя тяжелобольными, напротив, они благодушны, часто с оттенком эйфории. В проявлении чувств они нередко утрачивают чисто человеческое понимание окружающей обстановки (в больнице надо себя вести не так, как дома, дома — не так, как на улице и т. п.).

Аналогичные симптомы наблюдаются и при хроническом алкоголизме. Больные алкоголизмом, как показывают материалы историй болезни и специальные эксперименты (см. главу V), не считают себя серьезно больными, они благодушны, любят шутить, балагурить. (В этом отношении верна пословица: «Пьянство — трагедия для окружающих, а не для самого пьющего».) Больные алкоголизмом так же, как и больные с поражением лобных долей мозга, утрачивают со временем тонкость в понимании окружающей обстановки: могут быть развязны, не соблюдать дистанции с лечащим врачом, шутить и смеяться в совершенно неподобающей для этого ситуации и т. п.

Однако, несмотря на сходство внешних проявлений, некритичность больных хроническим алкоголизмом и некритичность больных с поражением лобных долей головного мозга глубоко различны по своей психологической природе.

Остановимся прежде всего на характеристике некритичности больных, перенесших тяжелую травму лобных долей мозга.

Согласно концепции А. Н. Леонтьева, которой мы здесь придерживаемся, мотив не только стимулирует, побуждает деятельность, но, что не менее важно, придает ей определенный личностный смысл, субъективную ценность, т. е. являет собой определенное личностное отношение к действительности. Если для всякого психически здорового человека (как, впрочем, и для большинства психически больных людей) предметы окружающего мира могут становиться при определенных усло-

виях смыслообразующими мотивами поведения, то для «лобных» больных (разумеется, только в тяжелых, крайних случаях) эти предметы лишь стимулируют то или иное чисто полевое, ситуационное поведение, лишенное какого-либо общего мотива, а следовательно, и личного смысла. Эти больные, как показывают наблюдения, остаются благодушными практически во всех случаях жизни. Для них как бы перестают существовать те особые обстоятельства, которые угнетают, радуют, возмущают других людей. Психологическая природа этого явления кроется, по-видимому, в отсутствии у «лобных» больных структурно организованной системы мотивов. Отсюда, на наш взгляд, проистекает глобальное «безволие» больных, их внушаемость, их не критичность и многие другие черты. Ибо любой предмет может получить в зависимости от обстоятельств любую, часто противоположную предыдущей, оценку. Этот дефект означает глубокую деградацию личности, поскольку «без способности сознательно принять определенную позицию нет личности» [43].

Как проявляются благодушие и не критичность у больных хроническим алкоголизмом?

Благодушие алкоголика носит особый характер, не похожий на благодушие «лобного» больного. Так, в шутливых, казалось бы, высказываниях больных нередко сквозит элемент агрессивности, направленности против окружающих их людей. Недаром поэтому «алкогольный юмор» называют иногда в психиатрической литературе «мрачным юмором алкоголиков». Больные высмеивают своих близких, их успехи, не стыдятся раскрытия интимных сторон семейной жизни. Нередким объектом высмеивания становятся и сослуживцы больных, их бывшие друзья.

Однако наиболее излюбленным и часто встречающимся объектом шутки являются события, связанные с выпивкой. Больные охотно, с удовольствием рассказывают о своих приключениях в вытрезвителе, друзьях-собутыльниках и т. п. «Если больной находится даже в крайне тяжелом состоянии,— пишет Е. М. Жудро,— то стоит лишь упомянуть о водке, его собутыльниках, как он сразу преображается, лицо озаряет улыбка, он становится сразу веселым, беспечным, беззаботным» ([14], стр. 103).

Надо отметить, что больные алкоголизмом вовсе не обладают развитым чувством юмора. По мере деградации больные становятся все менее способными уловить скрытый смысл юмористического рисунка или текста. Зато смешное и забавное они начинают усматривать в том, что с точки зрения нормального восприятия не является таковым.

Приведем два примера из исследования нарушения чувства юмора у больных алкоголизмом [36]

Больной В., 33 лет, в прошлом инженер, сейчас работает мастером горгаза. В психоневрологическую клинику по поводу лечения от алкоголизма поступает в третий раз.

Содержание предлагаемых юмористических рисунков, афоризмов, как правило, трактует в «алкогольном» плане, в основном не улавливая их истинного смысла. Рисунок, герой которого открывает свою дверь, стоя на коврике перед ней уже с чистыми ногами, после того как вытер грязные ноги на соседских ковриках на общей лестничной площадке, больной со смехом поясняет так: «Этот исходил все квартиры и не знает где его собственная. Из вырезителя, с похмеля, весь пропился, видать, до ужаса, не может найти свою квартиру, все квартиры обошел».

Больной К., 40 лет, бывший преподаватель истории. Диагноз — хронический алкоголизм (алкогольная деградация личности). В ответ на просьбу выбрать из нескольких предложенных юмористических рисунков наиболее смешной и остроумный по замыслу, больной выбирает рисунок под названием: «Наконец-то зеленый глаз». Этот рисунок, где изображен пьяный, ожидающий такси на стоянке и принявший за машину зеленый глаз кошки, больной комментирует так: «Это самая хорошая картинка, допился до чертиков и кошку поймал. Очень смешная. Я сам попал однажды в такое положение. Это здорово сделано». Характерно, что в других рисунках, не имеющих отношения к алкогольному опыту больного, он вовсе отрицал юмористический смысл.

В отличие от не критичности больных с поражением лобных долей мозга не критичность больных алкоголизмом весьма избирательна и проявляется по-разному, в зависимости от того, какие события оценивает больной. Известно, например, что больные алкоголизмом охотно жалуются врачам на свои соматические и неврологические недуги: болезни печени, сердца, желудка, невращению. Однако эти недомогания (действительно существующие у многих больных) не связываются или связываются очень неохотно, чисто формально, под нажимом врача с их главной, если не единственной причиной — злоупотреблением алкоголя. Напротив, они выступают в высказываниях больных как серьезные забо-

левания, требующие отдельного, самостоятельного лечения.

Таким образом, некритичность больных хроническим алкоголизмом не проявляется равно во всех отношениях, как у больных с поражением лобных долей мозга. Напротив, можно выделить определенную направленность высказываний больных, определенную структуру их некритичности.

В психиатрической литературе «алкогольный юмор», некритичность больных относят в основном за счет интеллектуального снижения, которое является следствием токсической энцефалопатии. Нарастающее интеллектуальное снижение, безусловно, играет существенную роль в этом процессе. Однако, как мы увидим ниже (в главе VIII), само по себе это снижение еще не обуславливает столь глобальных нарушений критики, которые наблюдаются при алкоголизме. Существуют, по-видимому, и другие психологические причины появления этой своеобразной черты личности больных алкоголизмом.

Из общей психологии известно, что чем более опосредствована деятельность, тем более она осознанна [11, 25]. Нарушение опосредствованности поведения при алкоголизме ведет ко все меньшей осознанности тех изменений личности, которые происходят в ходе болезни.

С другой стороны, осознание мотивов требует, по словам А. Н. Леонтьева, «некоторой специальной активности, некоторого специального акта. Это акт отражения мотива конкретной деятельности к мотиву деятельности более широкой, осуществляющей более широкое, более общее жизненное отношение, в которое включена данная конкретная деятельность» ([25], стр. 300). Поэтому для того, чтобы алкоголизм как пагубная болезнь, как главная причина всех жизненных неудач, был осознан больными, необходимо, чтобы алкоголь как мотив соотносился с другим, более широким жизненным мотивом. Но в том-то и дело, что в ходе болезни алкоголь сам постепенно становится наиболее общим мотивом поведения, осуществляющим наиболее широкое отношение к жизни.

Алкоголик не сознает своей трагедии, некритичен к своему состоянию не вследствие одного интеллектуального снижения, но и потому, что иерархия его мотивов

глубоко изменена и наиболее ценным, личностно значимым для него становится лишь то, что ведет к удовлетворению потребности в алкоголе. Остальное бледнеет, лишается эмоциональной окраски и личной значимости. Термин «некритичность» подчеркивает лишь негативную сторону высказываний больных. Между тем каждое некритичное высказывание больных алкоголизмом несет в себе определенную направленность, отражает определенную систему взглядов, т. е. содержит и положительную, позитивную характеристику, а именно характеристику *позиции* личности.

Предложенное понимание некритичности дает возможность несколько по-иному посмотреть и на высказывания больных, целью которых является оправдание своего злоупотребления (так называемая «объяснительная система алкоголика», «алкогольное алиби» и т. п.). Нередко в психиатрической литературе эти высказывания трактуются как стремление больного защитить свое «я» от социального осуждения.

Однако причины «объяснительной системы» алкоголиков кроются, по-видимому, не только в одном стремлении защитить себя от осуждения окружающих. Не менее, а, быть может, более важной причиной являются психологические последствия изменений, происходящих в мотивационной сфере.

В предыдущей главе было показано, что после того, как употребление алкоголя становится основной, ведущей деятельностью, большинство окружающих предметов получают свою оценку в зависимости от того, какую роль (положительную или отрицательную) они играют или могут сыграть в этой деятельности.

При этом, что чрезвычайно важно, как и всякий мотив человеческого поведения, алкоголь воспринимается больными не как предмет, удовлетворяющий только их (больных) определенные потребности, но как предмет, удовлетворяющий определенные потребности всех людей.

Поэтому и «система самооправдания» больных вовсе не всегда носит «оборонительный» характер. Высказывания больных выглядят как оправдательные главным образом после очередных эксцессов (дебоши в пьяном виде, продажа вещей и т. д.) или в состоянии тяжелого похмелья. В остальное время больные вовсе не склонны

перед кем-то оправдываться. Напротив, их высказывания становятся «наступательными». Больные считают, что пьют все, какой без питья праздник, и т. п. Перспектива совершенно не пить (а это — единственный способ избавиться от болезни) кажется им, как отмечают некоторые авторы [48], позорной, неприемлемой как для них самих, так и для любого человека. При этом больные обязательно находят в окружающей жизни факты и события, «подтверждающие» их концепцию. Так, одни больные рассказывают о своем знакомом или родственнике, который «и пить умеет, и в доме у него порядок, и на работе — первый. А другой и не пьет, а у него все нескладно — только слава одна, что трезвый ходит» (больной С-ин), другие приводят факты о незаменимости алкоголя как «лечебного» средства, третьи, в особенности люди с высшим образованием, утверждают, что алкоголь обязательный спутник творчества (ведь пил же такой-то писатель, ученый, поэт, музыкант). Тем самым под определенным углом зрения оцениваются все факты своей и чужой жизни. Здесь мы сталкиваемся не с отдельными высказываниями, имеющими целью оправдать себя, а с законченным «алкогольным» мировосприятием.

Таким образом, «объяснительная система» алкоголика не есть лишь непосредственная реакция «защиты Я» от социального осуждения. «Система самооправдания», как и разобранные выше «некритичность» и «слабоволие» больных, формируется прежде всего в ходе деятельности по удовлетворению потребности в алкоголе и имеет определенную направленность, отвечающую направленности всей личности в целом.

РОЛЬ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО-МНЕСТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПРОЦЕССЕ ДЕГРАДАЦИИ ЛИЧНОСТИ

До сих пор говорилось о развитии потребности в алкоголе, об изменениях в мотивационной сфере как об основных движущих силах процесса деградации личности. Между тем, помимо наркоманического влечения к алкоголю, болезнь характеризуется и алкогольной токсической энцефалопатией¹. Многие авторы рассматривают эту энцефалопатию как главную причину нарушений личности при алкоголизме.

Может быть, действительно, интеллектуально-мнестическое снижение, эмоциональная лабильность и другие проявления энцефалопатии и обуславливают в основном нарушения личности, а изменения в мотивационной сфере являются вторичными, целиком зависимыми от хода энцефалопатического процесса. Окончательный ответ на такой вопрос требует развернутого исследования. В рамках нашей работы остановимся на роли в процессе деградации личности таких важных проявлений энцефалопатии, как интеллектуально-мнестические нарушения, нарушения умственной работоспособности.

* * *

Представленные в литературе данные исследования познавательной деятельности и работоспособности

¹ Последнее время под энцефалопатией при алкоголизме уже не понимают только случаи грубых органических изменений мозга («классические» алкогольные энцефалопатии Корсакова, Гайе-Вернике и др.). Речь идет теперь об определенном нарастании, динамике энцефалопатических изменений по мере усугубления болезни.

больших хроническим алкоголизмом весьма разноречивы.

Некоторые авторы вообще не находят у больных (разумеется, вне состояния опьянения), каких-либо значительных отклонений от нормального протекания интеллектуально-мнестических процессов [61].

Другие находят целый ряд отклонений от нормы. В мышлении — недостаточное отграничение существенных элементов от второстепенных, нарушение процесса обобщения, конкретно-ситуационный характер мышления, затрудненность при словесном обозначении понятий [2, 3, 51, 53, 55]. В процессах памяти — нарушение тонкой дифференцировки при воспроизведении, расстройство опосредствованного запоминания [39, 49]. Отмечается также снижение работоспособности, нарушение внимания [40, 48].

Перечисленные нарушения не являются специфическими только для хронического алкоголизма; сходные нарушения мышления, памяти, работоспособности обнаруживаются и при исследовании больных с другими видами органического поражения мозга: при травмах головного мозга [15], при сосудистой патологии² [22] и др. Это обстоятельство отмечается рядом авторов. Так, Г. И. Урбанович считает, что расстройства интеллектуально-мнестических процессов при алкоголизме неспецифичны и протекают по «органическому типу» [53].

Некоторые авторы, напротив, говорят об особом, специфическом характере интеллектуальных расстройств при алкоголизме, указывая, например, на своеобразную «вялость», лень мышления, нежелание проявить активность, полностью использовать свои возможности. Однако здесь, по-видимому, смешиваются два действительно очень взаимосвязанных процесса: собственно нарушения интеллектуальных и мнестических операций и самая личность больного, стоящая за каждой такой операцией, ибо мыслит «не мышление, а человек». В работах Б. В. Зейгарник и ее сотрудников было показано, что многие виды патологии мыш-

² По данным И. В. Стрельчука [50] из 110 скоропостижно умерших больных алкоголизмом у 102 патолого-анатомическое исследование обнаружило артериосклеротические изменения: до 30 лет — в 75%, до 40 лет — в 94%, после 40 лет — в 95%.

ления, памяти являются не столько следствием изменения интеллектуальных и мнестических операций, сколько следствием тех или иных нарушений личности. Поэтому недостаточная активность, «вялость» мышления больных хроническим алкоголизмом относятся, на наш взгляд, не к показателям специфичности их интеллектуально-мнестических процессов, а указывает на специфику их личности.

Исходя из данных проведенного психологического анализа можно предположить, что такие проявления энцефалопатии как интеллектуально-мнестические расстройства, нарушения работоспособности играют хотя и существенную, но не основную роль в процессе личностных изменений.

Гипотезу можно проверить следующим образом. Прежде всего следует убедиться, насколько правы те авторы, которые характеризуют нарушения мышления, памяти, внимания при алкоголизме как неспецифические и протекающие по «органическому типу». Для этого надо провести сравнительное экспериментально-психологическое исследование познавательной деятельности и работоспособности больных хроническим алкоголизмом (основная группа) и больных с другим видом органического поражения мозга, скажем сосудистого или травматического генеза (контрольная группа). Положим, будет обнаружено, что названные проявления энцефалопатии сходны у обеих групп больных. Тогда, если эти нарушения определяют степень деградации личности, мы должны обнаружить и во многом сходные по своей психологической структуре особенности личности у больных основной и контрольной групп. Если же наше предположение правильно и деградация не есть прямое следствие интеллектуально-мнестического снижения, то особенности личности в основной и контрольной группах должны существенно различаться.

* *
*

Было проведено сравнительное экспериментально-психологическое исследование познавательной деятельности и работоспособности больных хроническим алкоголизмом (основная группа — 35 человек) и больных с

отдаленными последствиями тяжелой черепно-мозговой травмы (контрольная группа — 33 человека).

В состав основной группы (хронический алкоголизм) вошли те же больные, что участвовали в экспериментах на выявление особенностей самооценки (см. примечание на стр. 30).

Контрольным материалом послужили данные экспериментально-психологического исследования 33 человек в возрасте от 19 до 57 лет, перенесших в отдаленном (от года до 8 лет) периоде тяжелую черепно-мозговую травму с массивным субарахноидальным кровоизлиянием, внутрочерепными гематомами, очагами ушиба различной, преимущественно конвекситальной, локализации. Высшее и среднее образование имели 14 человек, остальные — неполное среднее.

Исследование больных контрольной группы проводилось под руководством проф. Б. В. Зейгарник в 1967—1968 годах в Московском институте нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. В контрольную группу вошли те больные, которые по оценке специалистов института характеризовались оптимальной и удовлетворительной медицинской и социально-трудовой реадaptацией [24].

Эксперименты обнаружили незначительное ослабление непосредственной памяти у больных алкоголизмом. Снижение непосредственной памяти у больных контрольной группы (последствия черепно-мозговой травмы) оказалось более выраженным.

Больные обеих групп при воспроизведении нередко продуцировали слова, которых не было среди предъявленных для запоминания. Эти «лишние» слова образовывались, по-видимому, по созвучию или по смыслу с предъявленными. Так, в списке, который зачитывал экспериментатор, было слово «зерно», больные же воспроизводили либо слово «бревно», либо и «бревно» и «зерно» вместе. Или вместо «рама» воспроизводилось «окно», вместо «реки» — «ручей» и т. п. Иногда лишнее слово «застревало» — повторялось при нескольких воспроизведениях. Такие повторяющиеся «лишние» слова по наблюдениям патопсихологов чаще всего встречаются у больных с текущими органическими заболеваниями мозга [47].

Методики, направленные на исследование мышления («классификация предметов», «исключение предметов»,

«аналогия отношений» и др.), обнаружили конкретность суждений больных основной группы (хронический алкоголизм). Возьмем для примера результаты, полученные по методике «классификация предметов».

«Классификация предметов» разработана К. Гольдштейном, видоизменена Л. С. Выготским и Б. В. Зейгарник. Кратко методика заключается в следующем³. Испытуемому дают набор из 70 карточек, на которых изображены самые различные объекты: домашние животные, дикие звери, фрукты, овощи, деревья, люди разных профессий и т. д. На первом этапе эксперимента испытуемому дается «глухая» инструкция: «Разложите эти карточки на столе — что к чему подходит». Через некоторое время, когда становится ясным способ ориентировки испытуемого в предложенном материале, ему дается вторая инструкция, которая вводит определенный принцип раскладки карточек: карточки требуется разложить по группам так, чтобы в каждой группе были объединены сходные по какому-либо признаку предметы. После того как испытуемый с большей или меньшей помощью экспериментатора выполнил это задание, начинается третий, заключительный этап опыта. Испытуемому предлагается объединять группы с группами так, чтобы их стало как можно меньше и чтобы каждой новой группе можно было дать какое-то название. «Классификация предметов» считается выполненной правильно, если объединение доводится до трех групп: «растения», «живые существа», «неодушевленные предметы».

Больные хроническим алкоголизмом самостоятельно образовывали в задании «классификация предметов» преимущественно лишь такие группы предметов, объединение которых основано на достаточно наглядных, конкретных признаках («мебель», «птицы» и т. п.). Объединение более сложных групп шло чаще с ошибками и требовало помощи экспериментатора. Труднодоступным оказалось для больных и правильное выполнение последнего, третьего этапа классификации, где требуется объединять уже не отдельные предметы, а целые группы предметов (см. табл. 1).

³ Подробное описание методик и способов интерпретации полученных данных можно найти в книге С. Я. Рубинштейн. Экспериментальные методики патопсихологии. М., «Медицина», 1970.

Примеры выполнения больными алкоголизмом методики
«Классификация предметов»

Больные алкоголизмом	Примеры объединения групп на II этапе «классификации»	Примеры объединения групп на III этапе «классификации»
Б-ий (образование высшее, 54 года)	Кузнец + штангенциркуль — «заводская работа». Доктор + градусник + часы + чернильница — «необходимые принадлежности врача»	Образовано 4 группы: 1. «Человек». 2. «То, что необходимо человеку» (мебель, транспорт, одежда, инструменты). 3. «Животные». 4. «Растительный мир»
Д-ов (образование среднетехническое, 41 год)	Моряк + доктор + уборщица — «профессии», затем к этой группе прибавляется кузнец + лыжник — «семья»: один сын во флоте, другой — ученик, на лыжах катается	Образовано 5 групп: 1. «Предметы, необходимые в домашнем обиходе». 2. «Растительный мир». 3. «Животный мир». 4. «Семья». 5. «Транспорт»
К-ов (образование среднее, 35 лет)	Кузнец + лопата + уборщица — «трудовая группа». Матрос + лыжник — «молодые люди, занимающиеся видами отдыха», «отдыхающие». Врач + ребенок — «врач лечит ребенка».	Образовано 4 группы: 1. «Для бытовых, домашних условий». 2. «Животно-растительная группа». 3. «Трудовая группа». 4. «Отдыхающие»

Склонность к конкретно-ситуационным суждениям обнаружилась и в исследованиях больных контрольной группы (отдаленные последствия черепно-мозговой травмы). Больные этой группы также, вместо задачи обобщения по существенным признакам, часто шли по пути ситуационного «увязывания» предметов. Так в «классификации» больные могли объединить мебель с книгами — «книги кладутся в шкаф», врача с ребенком и градусником — «врачебное дело» и т. п. Подобного рода ошибки наблюдались и в задании «исключение лиш-

него предмета»⁴, так из четырех предметов: весы, очки, термометр, часы, больная Е-я (образование высшее, 53 года) исключила часы — «здесь нет связи и трудно что-либо исключить: ... разве что одеть очки и посмотреть на термометр и весы».

Показательным является и выполнение задания «простые аналогии». Это задание требует понимания логических связей и отношений между предметами, а также умения устойчиво сохранять заданный способ рассуждения при решении длинного ряда разнообразных задач. Человек с семиклассным образованием успешно справляется с таким заданием, делая при этом не более 3—4 ошибок. Обычно в каждом из предлагаемых примеров называется только один ответ, сам же процесс решения происходит молча.

У больных обеих групп выполнение задания требовало большего, чем у нормальных испытуемых, времени. Время увеличивалось прежде всего за счет развернутого, в плане громкой речи (по П. Я. Гальперину), выполнения задания. Приведем примеры таких «развернутых» решений. Дана пара $\frac{\text{школа}}{\text{обучение}}$, нужно по этому образцу подобрать аналогию к слову «больница» из слов: доктор, ученик, учреждение, лечение, больной. «Школа — обучение — это понятно, не будет школы, так и обучения не будет... а здесь больница — не будет больницы, так и негде полечиться» (К-ко, контрольная группа, 38 лет, образование среднее). Дана пара $\frac{\text{алмаз}}{\text{редкий}}$, надо найти аналогию к слову «железо» из следующего ряда: драгоценный, железный, твердый, сталь, обычный. «Алмаз — редкий, а железо где хочешь найти можно, так что железо — обычный» (М-ев, основная группа, 39 лет, образование высшее). Нередко только за счет такого проговаривания вслух больные могли справиться с решением. Когда же их просили решать

⁴ В методике «исключение предметов» испытуемому предъявляют карточку с изображением четырех предметов (например: фуражка, зонтик, барабан, пистолет). Требуется выделить три предмета, которых можно объединить под одним названием, а один предмет — «лишний» — исключить (в данном примере фуражка, пистолет, барабан — «военные принадлежности», а зонтик — «лишний предмет»).

молча, «про себя» — количество ошибок сразу увеличилось.

Однако, несмотря на развернутость решения, больные периодически ошибались, соскальзывая на конкретно-ситуационные связи. Так, к паре $\frac{\text{коньки}}{\text{зима}}$ вместо пары $\frac{\text{лодка}}{\text{лето}}$ больные обеих групп часто подбирали $\frac{\text{лодка}}{\text{весло}}$ либо $\frac{\text{лодка}}{\text{река}}$. К паре $\frac{\text{волк}}{\text{ласть}}$ вместо пары $\frac{\text{птица}}{\text{клюв}}$ подбирали $\frac{\text{птица}}{\text{яйцо}}$ либо $\frac{\text{птица}}{\text{пение}}$ и т. п.

Таким образом, у больных хроническим алкоголизмом и у больных, перенесших черепно-мозговую травму, выявился сходный тип нарушения мышления, а именно — снижение уровня обобщения.

В ходе экспериментального исследования у больных обеих групп обнаружилось утомляемость, нарастание ошибочных решений, снижение темпа работы к концу выполнения заданий и другие признаки нарушения работоспособности. В ряде специальных методик («счет по Крепелину», «отыскивание чисел» и др.) можно было проследить общие для обеих групп нарушения внимания (колебания, узость), повышенную истощаемость психических процессов.

* *
* *

Полученные результаты позволяют, на наш взгляд, говорить об известном сходстве нарушений мышления, памяти, внимания у больных с травматической и с токсической (алкогольной) энцефалопатией. Однако это сходство не обуславливало одинаковой степени нарушений личности у больных контрольной и основной группы. Принципиальная разность личностных особенностей проявилась уже в ходе самого экспериментального исследования.

Больные контрольной группы (последствия черепно-мозговой травмы) относились к исследованию, как правило, серьезно, старались как можно лучше выполнять задания. Они чутко реагировали на замечания экспериментатора, переживали неудачные решения. После ис-

следования большинство больных контрольной группы интересовались оценкой своей работы, стремились обсудить с экспериментатором результаты исследования. Приведем две выдержки из протоколов.

Больная О-ова. Образование — неполное среднее, 1949 г. рождения, инвалид II группы.

Перенесла в мае 1966 года тяжелую открытую черепно-мозговую травму с вдавленным осколочным переломом черепа и очагом ушиба в левой височно-теменно-затылочной области. Экспериментально-психологическое исследование проведено в феврале 1968 года.

Исследование выявило некоторое снижение памяти, склонность к конкретно-ситуационным суждениям, ошибки внимания, утомляемость.

Задания больная выполняла очень старательно. Когда решение не удавалось, начинала волноваться, стремилась оправдать свои ошибки ссылкой на головную боль, бессонницу.

После исследования больная интересовалась общей оценкой своей работы, стремилась обсудить с экспериментатором результаты исследования. Больная говорила, что хочет осуществить свою давнюю мечту — поступить в педагогическое училище.

Больной В-ов. Образование — среднетехническое, 1924 года рождения, инвалид I группы.

В 1965 году перенес закрытую травму черепа, в результате которой образовалась посттравматическая субдуральная гематома базально-височной области справа. В том же году была произведена операция: удаление внутримозговой гематомы у правой височной области. Экспериментально-психологическое исследование проведено в мае 1968 года.

В беседе перед исследованием больной жалуется, что «память стала хуже после операции», что он стал раздражительным, особенно по вечерам. Очень переживает возникший после травмы дефект — двигательную слабость левой половины тела (левосторонний гемипарез): «Просто не могу идти, если, знаете, смотрят в упор...». Хотел бы вернуться на прежнюю работу: «На другую работу идти не хочется — тут ведь все знают тебя, есть уважение, понимание».

Исследование воспринимает как испытание своих умственных способностей. Радует похвале экспериментатора: «Ну, хорошо, не все еще мозги значит вытряхнулись...».

Эксперименты выявили периодическое соскальзывание на конкретно-ситуационные суждения в решении интеллектуальных задач, снижение непосредственной памяти, утомляемость, колебания внимания.

Интересно, что первоначально, по данным клинического обследования (нейрохирургического, невропатологического и т. д.), В-ов был отнесен в группу больных — травматиков с наиболее неблагоприятным трудовым, медицинским и социальным прогнозом. Такое решение определялось прежде всего тяжестью травмы и последующей операции. Данные экспериментально-психологического

исследования заставили изменить решение и отнести больного в группу, характеризующуюся благоприятным прогнозом после перенесенной травмы. Психологические эксперименты показали, что, несмотря на значительные соматические и неврологические расстройства, несмотря на некоторые интеллектуально-мнестические нарушения, у больного обнаружилась адекватность в отношении к себе, к своей болезни, т. е. выявилась известная сохранность личности.

Конечно, столь серьезное органическое страдание, как тяжелая черепно-мозговая травма, не могло не повлиять на поведение больных контрольной группы. Согласно жалобам самих больных, сведениям со стороны родственников и сослуживцев, у больных после травмы появились раздражительность, вспыльчивость, приступы плохого настроения. Больным стали особенно необходимы твердый распорядок дня, регулярный отдых, доброжелательная обстановка дома и на работе. Вот что пишет по этому поводу К. Фауст — специалист в области психических расстройств после черепно-мозговой травмы: «Твердый порядок, устанавливаемый извне, например на месте работы, куда больные возвращаются, или в семейной жизни, куда они гармонично были включены раньше, сглаживает недостатки на длительное время или вообще» ([54], стр. 398).

Перечисленные особенности больных, перенесших травму, тесно связаны с органическим поражением мозга. Некоторые из этих особенностей могут, очевидно, при определенных условиях развиваться в те или иные патологические черты личности, могут, в частности, способствовать и возникновению алкоголизма⁵. Однако, что для нас важно, сами по себе они не обуславливали грубого изменения личности. Структура личности больных

⁵ Хорошо известно, о чем можно прочесть в любой крупной работе по алкоголизму, что травма головного мозга чрезвычайно ускоряет сроки становления основных симптомов алкогольной болезни. И этому способствует не только функциональная слабость нервной системы, но в меньшей степени и особенности психики больного, перенесшего травму. Это обстоятельство подчеркивает ряд исследователей. Так, Л. И. Гарбузенко и Э. И. Гольдберг пишут: «Нередко отмеченное у «травматиков» повышенное влечение к алкоголю в основном объясняется, по нашему мнению, эмоциональными и волевыми расстройствами травматического происхождения (частые дисфорнии, легко возникающие реактивные депрессивные состояния, импульсивность, повышенная внушаемость)» ([12], стр. 120).

контрольной группы оставалась в основном сохранной, принципиально не отличной в своих главных чертах от доблезненной (преморбидной). Больными двигали те же интересы, мало изменилась и система их оценок, ценностей (больные стремились занять прежнее место работы, продолжать прерванную учебу, найти способы преодоления своих дефектов и т. п.).

Качественно иное наблюдалось у больных основной группы (хронический алкоголизм). В ходе экспериментального исследования они обычно не прилагали больших усилий к выполнению заданий, окончив решение, не стремились его проверить. Нередко ошибки совершались не из-за труднодоступности решения, а из-за отсутствия отношения к работе, к своим возможностям, к оценке экспериментатором их действий. Поведение больных алкоголизмом напоминало порой поведение во время экспериментов больных с поражением лобных долей мозга, как оно описано в работах Б. В. Зейгарник, А. Р. Лурия и их сотрудников. Однако, как показано выше (см. главу VII), некритичность больных хроническим алкоголизмом имеет иную психологическую природу, чем при «лобных» синдромах.

Поведение больных алкоголизмом во время экспериментов не было неожиданным, а, напротив, закономерным, вытекающим из тех глубоких нарушений личности, на анализе которых мы останавливались в данной работе.

Таким образом, гипотеза, высказанная на основе общетеоретических положений, подтвердилась и экспериментально. Нарушения мышления, памяти, внимания не играют основную роль в процессе деградации личности при алкоголизме, поскольку во многом сходные нарушения познавательной деятельности и работоспособности не сопровождаются столь же грубыми изменениями личности у больных контрольной группы (последствия тяжелой черепно-мозговой травмы).

В свою очередь интеллектуально-мнестическое снижение, нарушения работоспособности суть важные проявления органического поражения мозга (энцефалопатии). Поэтому полученные данные можно рассматривать и как косвенное доказательство того, что сама по себе энцефалопатия непосредственно не обуславливает характера личностных изменений.

Какую же роль играет энцефалопатия и другие биологические особенности болезни в процессе деградации личности?

Поставив такой вопрос, мы сразу сталкиваемся с острой методологической проблемой соотношения «биологического» и «психологического». В данной работе нет возможности касаться различных точек зрения и дискуссий по поводу этой проблемы. Сразу перейдем поэтому к тому выводу, который, как нам кажется, вытекает из проведенного исследования.

Анализ процесса деградации личности при хроническом алкоголизме показывает, что нарушения личности не выводятся непосредственно из биологических особенностей болезни, но проходят сложный и длительный путь формирования.

При формировании аномальной личности действуют в основном психологические механизмы, общие и для нормального развития. Однако биологические особенности болезни (при алкоголизме — это энцефалопатия и органическая потребность в алкоголе) создают такие условия функционирования этих механизмов, которые приводят к искаженному патологическому развитию личности. Остановимся подробнее на этом положении⁶.

Как подчеркивает А. Н. Леонтьев, «биологически унаследованные свойства составляют у человека лишь одно из *условий* формирования его психических функций... Другое условие — это окружающий человека мир предметов и явлений...» ([25], стр. 207). Эти же два условия формирования психических функций остаются и в патологическом развитии, но их соотношение значительно изменяется по сравнению с развитием нормальным. И там, и там «внешние причины преломляются через внутренние условия» [42]. Однако, если в нормальном развитии внешняя причина приводит к более или менее

⁶ Оно не является новым. Еще в 1880 г. выдающийся русский психиатр В. Х. Кандинский писал, что «все принадлежащее к болезненному состоянию... есть та же жизнь, текущая по тем же самым законам, как и жизнь нормальная, но только при измененных условиях» ([19], стр. 646).

адекватному отражению действительности, то болезнь создает особые условия протекания психических процессов, которые, напротив, приводят к искаженному отражению действительности и отсюда к формированию и закреплению искаженного отношения к миру, к появлению патологических черт личности.

Такая постановка проблемы соотношения «биологического» и «психологического» важна для психопсихологических исследований. Дело в том, что общая психология, изучая собственно психологические механизмы, нередко упускает из поля зрения биологические особенности человеческого организма либо ограничивается их констатацией. Между тем, если вынесение за скобки исследования биологически унаследованных свойств бывает не только правомерно, но порой и необходимо при изучении нормального развития, где внешние условия играют главенствующую роль, то в области патологии, где биологические особенности болезни во многом определяют ход формирования психических процессов, такое абстрагирование совершенно неправомерно.

Именно нарастающая биологическая недостаточность создает те особые, не имеющие аналога в нормальном развитии условия, в которых происходит формирование аномальной личности. Вне этих условий невозможно появление патологических черт личности, как невозможна и сама психическая болезнь. Поэтому изменения психики следует рассматривать не изолированно от биологических особенностей болезни, но как постоянно протекающие в рамках условий, диктуемых болезненным процессом.

Следует оговориться, что для психолога вовсе не обязательно подробное знание биохимических или анатомических основ болезни, но совершенно необходимы знание и постоянный учет тех особенностей болезни (главным образом физиологических), которые могут влиять на протекание психических процессов. Это касается, на наш взгляд, не только душевной, но и всякой иной болезни. Например, невралгия тройничного нерва не приводит к каким-либо структурным изменениям головного мозга, но все же иногда сопровождается значительными нарушениями направленности личности: человек замыкается в себе, перестает интересоваться окружающим и т. д. Для исследования психологической

природы этих нарушений, для построения «модели» формирования личности этих больных не обязательно подробно знать анатомическое строение тройничного нерва или особенности протекания нервного импульса, но необходимо постоянно учитывать, что психология больных формируется в условиях непрерывного ожидания приступов боли, которая, по словам неврологов, «иногда настолько резка и нестерпима, что лишь уверенность в окончании приступа примиряет больного с жизнью» [33].

Вместе с тем, не умаляя роли биологических особенностей болезни, следует еще раз подчеркнуть, что они не являются прямыми причинами изменений личности. Нарастающая биологическая недостаточность создает как бы все более сужающиеся в ходе болезни рамки возможностей психического развития. Но сами по себе эти рамки, сколь узкими и ограниченными они ни были, не могут сформировать личности. Они изменяют ход протекания психических процессов, т. е. составляют класс условий, в которых разворачивается собственно психологический процесс — процесс формирования аномальной личности.

Исследование закономерностей этого процесса, несомненно, обогатит общепсихологическую теорию личности и принесет пользу как теории, так и практике психиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авербах Я. К. Некоторые особенности ремиссий у лиц, страдающих алкоголизмом. В сб.: «Вопросы психопатологии и психотерапии». М., 1963.
2. Андреева Е. К. Экспериментально-психологическое исследование больных алкоголизмом. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1965, № 3.
3. Бернштейн А. Н. Клинические приемы психологического исследования душевнобольных. М., 1922.
4. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М., 1968.
5. Бориневич В. В., Гофман А. Г. Изменение форм потребления алкоголя в динамике алкогольной болезни. В сб.: «Алкоголизм и алкогольные психозы». М., 1963.
6. Братусь Б. С. Психологический анализ одного из видов патологии личности. Канд. дисс. М., 1972.
7. Братусь Б. С. К проблеме исследования патологии личности у больных эпилепсией. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1972, № 11.
8. Введенский Н. Е. О действии алкоголя на человека. В сб.: «Алкоголизм и борьба с ним». Пб., 1909.
9. Висс Р. Клиника алкоголизма. В кн.: «Клиническая психиатрия», под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера (перевод с нем.). М., 1967.
10. Выготский Л. С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства. М., 1936.
11. Выготский Л. С. Избранные психологические исследования. М., 1956.
12. Гарбузенко Л. И., Гольдберг Э. И. К характеристике хронического алкоголизма у лиц, перенесших травму головы. В сб.: «Алкоголизм». М., 1959.
13. Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии. М., 1965.
14. Жудро Е. М. К клинике тяжелых форм хронического алкоголизма. В сб.: «Алкоголизм». М., 1959.
15. Зейгарник Б. В. Патология мышления. М., 1962.
16. Зейгарник Б. В. Пути исследования эмоционально-волевой сферы психически больных. В сб.: «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
17. Зейгарник Б. В. Введение в патопсихологию. М., 1969.

18. Зейгарник Б. В. Личность и патология деятельности. М., 1971.
19. Кандицкий В. Х. Рецензия на книгу Б. Окс. «Медицинское обозрение», 1880.
20. Кербиков О. В., Коркина М. В., Наджаров Р. А., Снежневский А. В. Психиатрия. М., 1968.
21. Ковалев А. Г. Психология личности, изд. 3-е. М., 1970.
22. Коган В. М., Коробкова Э. А. Принципы и методы психологического обследования в практике врачебно-трудовой экспертизы. М., 1967.
23. Корсаков С. С. Избранные произведения. М., 1954.
24. Лейбзон Н. Д., Зейгарник Б. В., Куклина А. С., Братусь Б. С. Изменения психической деятельности и трудовая характеристика больных, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму. В сб.: «Клиника, врачебно-трудовая экспертиза, реабилитация при сосудистой патологии головного мозга и последствиях черепно-мозговой травмы. М., 1969.
25. Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. М., 1965.
26. Леонтьев А. Н. Потребности, мотивы и сознание. В сб.: «XVIII Международный конгресс психологов». Симпозиум 13. М., 1966.
27. Леонтьев А. Н. Автоматизация и человек. В сб.: «Психологические исследования», вып. 2. М., 1970.
28. Лобные доли. Сб. под ред. А. Р. Лурия и Е. Д. Хомской. М., 1966.
29. Лукомский И. И. Лечение хронического алкоголизма. М., 1960.
30. Лукомский И. И. Проблемы психопатии и патологическое развитие личности при хроническом алкоголизме. В сб.: «IV Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров», т. I. М., 1963.
31. Лурия А. Р. Высшие корковые функции. М., 1962.
32. Лурия А. Р. Лобные доли и регуляция поведения. В сб.: «Биологические и физиологические проблемы психологии. Тезисы сообщений на XVIII Международном психологическом конгрессе». М., 1966.
33. Михеев В. В. Учебник нервных болезней. М., 1966.
34. Мясищев В. Н. Структура личности и отношения человека к действительности. В сб.: «Доклады на Советании по вопросам психологии личности». М., 1956.
35. Панферов В. Н., Степкин Ю. П. Социально-психологическая интерпретация личности по внешности. В сб.: «Экспериментальная и прикладная психология», вып. 2. Л., 1970.
36. Познанский А. С., Дезорцев В. В. К клинико-патопсихологическому анализу нарушения чувства юмора. В сб.: «Вопросы патопсихологии». М., 1970.
37. Поляков Ю. Ф. Психология и психиатрия. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1971, № 6.
38. Психология. Учебник для педагогических институтов, под ред. А. А. Смирнова и др. М., 1962.
39. Портнов А. А. Алкоголизм. М., 1962.
40. Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. Л., 1971.
41. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. М., 1946.

42. Рубинштейн С. Л. Бытие и сознание. М., 1957.
43. Рубинштейн С. Л. Теоретические вопросы психологии и проблема личности. «Вопросы психологии», 1957, № 3.
44. Рубинштейн С. Л. Принципы и пути развития психологии. М., 1959.
45. Рубинштейн С. Я. Восстановление трудоспособности после военных травм мозга. Канд. дисс. М., 1944.
46. Рубинштейн С. Я. Отношение психически больных к болезни. В сб.: «Понятия, установка и отношение в медицинской психологии». Тбилиси, 1968.
47. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М., 1970.
48. Сегал Б. М. Алкоголизм. М., 1967.
49. Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. М., 1966.
50. Стрельчук И. В. О соотношении соматических и психических нарушений в патогенезе и клинике хронического алкоголизма. «Материалы V Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров», т. III. М., 1969.
51. Толстая Н. С. Интеллектуально-мнестические расстройства в клинике хронического алкоголизма. В сб.: «Вопросы клиники патофизиологии и лечения психических заболеваний». Луганск, 1966.
52. Узнадзе Д. Н. Психологические исследования. М., 1966.
53. Урбанович Г. И. Об обратимости симптомов поздней стадии хронического алкоголизма. Автореф. канд. дисс. Л., 1966.
54. Фауст К. Психические расстройства после черепно-мозговых травм. В кн.: «Клиническая психиатрия». Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера (пер. с нем.). М., 1967.
55. Фришберг А. Н. Экспериментально-психологическое исследование абстрактного мышления у больных хроническим алкоголизмом. «Врачебное дело», 1963, № 11.
56. Черноенко Т. К. Об экстравертированности алкоголиков. В сб.: «Вопросы патопсихологии». М., 1970.
57. Шибутани Т. Социальная психология. М., 1969.
58. Эльконин Д. Б. и Драгунова Т. В. Проблема, метод и организация исследования. В кн.: «Возрастные и индивидуальные особенности младших подростков». М., 1967.
59. Bleuler M. Psychiatrie. Stuttgart, 1954.
60. Coopersmith S. Quart. «J. Stud. Alcohol.», 1964, No. 25, p. 262.
61. Greiner D. Quart. «J. Stud. Alcohol.», 1961, No. 22, p. 580.
62. Gruhle H. Psychiatrie (für Ärzte). Berlin, 1922.
63. Jellinek E. Concept of Disease Alcoholism. Washington, 1962.
64. Karsten A. Psychische Sättigung. «Psychologische Forschungen», 1928, Bd. 10.
65. Levin K. Vorsatz, Wille und Bedürfnis. Berlin, 1926.
66. Levin K. The Dynamic Theory of Personality. N.Y. — L., 1935.
67. Maslow A. Motivation and Personality. N.Y., 1954.

О Г Л А В Л Е Н И Е

Предисловие	3
ГЛАВА I. Алкоголизм как болезнь. Основные признаки . . .	5
ГЛАВА II. Проблема патологии личности при алкоголизме . . .	9
ГЛАВА III. Метод исследования	17
ГЛАВА IV. Жизненный путь больных алкоголизмом	21
ГЛАВА V. Самооценка больных алкоголизмом	29
ГЛАВА VI. Изменения мотивационной сферы при алкоголизме . . .	35
1. Общие закономерности развития мотивационной сферы личности	35
2. Изменение потребности в алкоголе	37
3. Перестройка иерархии мотивов	41
4. Нарушения структуры деятельности	49
ГЛАВА VII. Формирование особенностей личности больных алкоголизмом	67
ГЛАВА VIII. Роль интеллектуально-мнестических нарушений в процессе деградации личности	79

БОРИС СЕРГЕЕВИЧ БРАТУСЬ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
ИЗМЕНЕНИИ ЛИЧНОСТИ
ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

Тематический план 1974 г. № 22

Редактор *В. В. Антонова*

Обложка художника *В. С. Казакевича*

Художественный редактор *В. В. Воронин*

Технический редактор *В. И. Овчинникова*

Корректоры *М. И. Эльмус, Т. С. Миллякова*

Сдано в набор 18/II 1974 г. Подписано к печати 19/VIII 1974 г.
Л-50467 Формат 84×108^{1/32} Бумага тип. № 3 Физ. печ. л. 3,0
Уч.-изд. л. 5,04 Усл. печ. л. 5,04 Изд. № 2110 Зак. 422 Тираж
19830 экз. Цена 32 коп.

Издательство Московского университета. Москва, К-9, ул. Герцена, д. 5/7.
Типография Изд-ва МГУ. Москва, Ленинские горы