

## ПСИХИКА И ЗДОРОВЬЕ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ  
И КОРРЕКЦИИ АЛКОГОЛИЗМА

Братусь Б. С.

Московский государственный университет, Москва

Показана необходимость поиска собственно психологических закономерностей аномального развития личности, которые могут существенно расходиться с привычными штампами клинического мышления. Предложен и обоснован новый подход к изучению аномалий личности, названный автором аналитико-преобразующим. Рассмотрены конкретные условия и возможности применения этого подхода к исследованию и коррекции алкоголизма, обозначены перспективные направления дальнейшего развития научных и прикладных разработок проблем алкоголизма.

**Ключевые слова:** аномалии личности, алкоголизм, коррекция, аналитико-преобразующий подход, иммунитет.

Алкоголизм — давний (со временем И. М. Сеченова и С. С. Корсакова) объект внимания физиологов и врачей. И сегодня медико-биологическая литература по алкоголизму с трудом поддается систематическому обзору, насчитывает тысячи названий. На этом фоне собственно психологические исследования занимают более чем скромное место. Лишь в последние годы положение у нас в стране стало понемногу изменяться. Появились исследования, посвященные психологии алкоголизма: в Ленинграде защитили интересные кандидатские диссертации В. М. Зобнев, А. А. Мейроян, С. В. Цыцарев; в Москве — К. Г. Сурнов, В. А. Худик, В. С. Хомик. Поворот в практике, конструирование и апробация новых методов диагностики и коррекции больных алкоголизмом — характерная черта этих исследований. Понятно, однако, что все это важные шаги в становлении психологии алкоголизма как ветви отечественной патопсихологии. Но в связи с этим вполне уместно подумать о более общих перспективах, направлениях, которых стоит придерживаться, чтобы не распылять силы и без того крайне малочисленного пока отряда психологов, занимающихся алкоголизмом. Особенно актуально это сейчас, когда борьба с алкоголизмом стала всенародной задачей, когда «нужна большая, настойчивая, разнообразная работа, чтобы обеспечить окончательный перелом в сложившихся привычках» [1].

В первую очередь необходимо разобраться в отношениях между психиатрией и психологией, между психиатрическим и психологическим подходами к изучению аномального развития личности. Клиническое видение традиционно опирается на тонкие приемы наблюдения, на появляющуюся в опыте постоянного общения с больными профессиональную интуицию, на выработанные и зафиксированные в психиатрических тру-

дах представления о смене состояний, симптомов и синдромов болезни. Основной единицей анализа является здесь целостный, представляемый в различных нюансах поведения образ больного и отнесение его к той или иной классификационной, нозологической ячейке. Если же этот образ не совпадает с уже существующим нозологическим описанием и несовпадающих образов накапливается достаточно много (при условии, разумеется, их внутреннего сходства между собой), то это дает право к выделению новой классификационной ячейки, нового вида или подвида душевных страданий. Поэтому хороший психиатр всегда мыслит целостно, картино, образно, а хороший психиатрический текст всегда дает выпуклое, точное и в то же время художественно яркое описание человеческих странностей и аномалий.

Единицы анализа в психологии существенно иные. Психолог, изучающий аномалии личности, мыслит в категориях потребности, мотива, деятельности, отношения, смысла и т. п. Его основным инструментом диагностики является не клиническое наблюдение, а эксперимент, то или иное тестовое испытание. Иначе говоря, психолог чаще судит о человеке не непосредственно, наблюдая его поведение, привычки и странности, слушая его речь, а опосредованно, орудийно, через данные экспериментов, опросников и тестов, чтобы потом с помощью этих данных конструировать представление о структуре целостной личности<sup>1</sup>.

Заключения психолога и психиатра о состоянии одного и того же больного могут не только дополнять, согласовываться друг с другом, но и быть принципиально различными, даже противоположными по своим оценкам. Эти рассогласования, казалось бы понятные из-за разности уровней и плоскостей анализа, в практике взаимоотношений психиатра и психолога воспринимаются, однако, подчас весьма остро и даже болезненно. Наверное, каждому, кто работал в клинике, известно, что часто врач-психиатр выражает явное недовольство заключением психолога, в том случае если оно не совпадает с его ожиданиями, клиническим видением (скажем, данные экспериментально-психологического исследования выявляют у больного признаки конкретно-ситуационного способа мышления, тогда как врач, считающий, что у больного шизофрения, ждет обнаружения соответствующих признаков этой болезни: разноплановости, выхолощенного резонерства и т. п.).

Психиатру часто кажется необходимым и хочется, чтобы психолог всегда и во всем лишь подтверждал, дополнял, оттенял его видение и понимание болезни. Между тем психологические закономерности суть особые и несводимые прямо к феноменологическому, клиническому течению могут существенно расходиться с привычным клиническим мышлением, с самым тонким и изощренным клиническим видением.

Применительно, скажем, к диагнозу какого-либо болезненного состояния психики соотношения данных клинического подхода (психиатрия) и подхода экспериментально-психологического (психология) могут быть представлены в четырех вариантах: 1) диагностические данные психологии и психиатрии согласуются, подтверждают друг друга; 2) психологические данные указывают на возможность диагноза, а клинические ее отрицают; 3) психологические данные отрицают, а клинические обнаруживают основания для диагноза; 4) ни психологические, ни клинические данные не обнаруживают оснований для диагноза.

Понятно при этом, что хотя обеим сторонам субъективно приятны первый и четвертый варианты (когда между психологами и психиатрами наблюдается взаимопонимание), но объективно значимыми (для нужд

<sup>1</sup> Видимо, поэтому (это наблюдается не столь уж редко) психиатр-клиницист, который по одному внешнему виду, даже жесту пациента тонко понимает его душевное состояние, может при этом оказаться малоспособным к теоретическому мышлению. И напротив, ученый-психолог, автор теоретических трудов о личности часто обладает весьма посредственным даром видения.

той же клиники) являются второй и третий (когда психологические закономерности показывают свой «норов», свою несводимость к клиническому видению). Именно на эти случаи и должно направляться главное внимание. Если патопсихологи будут во всем неизменно стремиться к оглядке, совпадению и согласию с данными клинической психиатрии, рассматривая это совпадение как единственный критерий истинности, то рано или поздно может возникнуть вопрос: а так ли уж необходимо участие именно профессионального психолога в работе психиатрической больницы? Ведь его данные способны лишь дублировать, по-иному говорить о том, что уже ведомо психиатру. Здесь уместно привести слова одного известного психиатра, который на предложение взять в его клинику психолога, не без иронии ответил: «Зачем мне барометр, когда я могу просто посмотреть в окно»<sup>2</sup>. Барометр, действительно, нужен лишь тогда, когда по картине в окне, каким бы опытом и зрением ни обладал смотрящий, нельзя распознать смены погоды или ее существенных подспудных параметров.

Применительно к области психологического изучения алкоголизма сказанное приобретает особую значимость. Ведь алкоголизм, как уже говорилось, давно и тщательно изучается медико-биологической наукой, проанализированы многие его последствия и причины, разрабатываются все новые приемы и методы исследования. В чем же тогда заключается специфическая роль психолога, его «прибавка» в исследовании и коррекции алкоголизма?

Анализ литературы показывает, что можно выделить по крайней мере три определяющих психиатрический подход момента. Во-первых, это наличие тонких наблюдений, яркие, часто картино выполненные описания феноменологической поверхности процесса алкогольной деградации (ход историй болезни, типичные поведенческие реакции и т. п.). Вряд ли психологи должны да и смогут ли прибавить что-либо существенное к этим сведениям. Во-вторых, это анализ биологических особенностей и детерминант процесса, т. е. то, что также выходит за рамки компетенции психолога. Наконец, третьей характерной чертой является почти прямое соотнесение между собой первых двух уровней — феноменологического и биологического (например, нравственная деградация рассматривается как прямое следствие интоксикационной энцефалопатии).

Если рассматривать подобного рода соотнесения с позиций общей методологии, то обнаружить уязвимость такого подхода достаточно легко: налицо пропуск опосредствующего звена, важнейшего слоя движения всего процесса, а именно слоя психологического, анализа внутрен-

<sup>2</sup> Не этим ли укоренившимся отношением к психологии как науке, не несущей особого, недоступного другим специалистам знания, объясняется отчасти то положение, что, за исключением лишь одной лаборатории — лаборатории патопсихологии Института психиатрии АМН СССР (заведующий — профессор Ю. Ф. Поляков), все остальные существующие лаборатории и отделы, связанные с медицинской психологией, возглавляются не психологами, а психиатрами. Тем самым уже достаточно закрепилось представление, согласно которому психолог вполне заменим психиатром, тогда как никому не придет в голову помыслить обратное — руководителем психиатрического подразделения поставить психолога. Более того, раздаются голоса о необходимости полной передачи патопсихологии в руки врачей и подготовки патопсихологов (вернее, доучивание врачей-психоневрологов до уровня психологов) непосредственно в медицинских вузах. Сторонники этих взглядов считают, что для этого потребуется в принципе немногое — лишь несколько «изменить в нужную сторону существующие в медицинских институтах курсы нормальной и патологической физиологии, фармакологии, неврологии, психиатров и др.; целесообразно расширить состав субординатур, добавив к трем известным (терапии, хирургии и гинекологии) четвертую — по психоневрологии, ввести литературу по этой специальности (с включением в нее вопросов патопсихологии, нейропсихологии, суггесто- и гипнотерапии). В перспективе возможна организация факультетов психоневрологии» [11, с. 100]. Нетрудно видеть, что в случае принятия такого плана патопсихология теряет какую-либо самостоятельность и полностью растворяется в психоневрологии как одна из составляющих, дополняющих ее частей.

них, разыгрывающихся в психике коллизий и конфликтов. Последние (говоримся ввиду возможных недоразумений), конечно же, протекают, тесно зависят, развертываются в определенных (в данном случае извращенных) биологических условиях, но не могут быть сведены к ним, равно как и являются, реализуют себя через внешне наблюдаемое поведение, но не могут быть истолкованы лишь на основе этих наблюдений. Вот здесь и кончается непосредственная компетенция психиатра и начинается область специфической деятельности профессионального психолога, только ему в полном объеме доступной, для которой у него должны быть в наличии соответствующие знания и инструменты исследования.

Таким образом, первой, исходной задачей, стоящей перед психологами, изучающими алкоголизм, является анализ, собственно психологическая квалификация процесса личностных изменений, выявление внутренних механизмов, движущих противоречий развития, особенностей установок, структуры мотивационно-потребностной и ценностно-смысловой сфер личности, причин и вариантов их перестройки и т. п.

Результаты этого общепсихологического по своей сути этапа обычно приводят к тому, что открывается возможность по-новому увидеть некоторые практические проблемы клиники алкоголизма и предложить здесь свои непересекающиеся с психиатрическими подходы и точки зрения. Рефлексия этих точек зрения, установление на основе данных проведенного анализа тех конкретных областей, задач, сфер применения, в отношении которых показаны собственно психологические подходы, и составляет содержание следующего, второго по счету этапа работы психолога. Понятно, что в рамках этого этапа нужно осознать и отрефлексировать и те сферы, в отношении которых вмешательство психолога заведомо малодейственно или способно переходить границы его компетентности. Иначе говоря, если рассматривать всякую научную практику как преобразование реальности, опосредованное теоретическими гипотезами и моделями, то задача психолога на этом этапе — определить, к какого рода реальностям возможно адекватное применение созданных им теоретических представлений.

И наконец, последний этап — это нахождение, разработка и апробация конкретных техник, диагностических и психокоррекционных методов, с помощью которых можно наиболее успешно провести намеченное преобразование реальности.

Заключительный этап является одновременно и проверкой теоретических построений, выводов первых двух этапов, поскольку в случае его эффективности мы можем говорить о правильности этих построений, тогда как в случае неудачи — либо о недостаточно последовательном их применении, либо об их ложности и необходимости, следовательно, их смены. Тем самым все три этапа замыкаются в единый метод, который можно обозначить как *аналитико-формирующий* или *аналитико-преобразующий*, где на основе психологического анализа, квалификации исследуемой реальности строятся методы ее преобразования, результаты применения которых в свою очередь проверяют и корректируют ход психологического анализа [5].

В качестве иллюстрации аналитико-преобразующего метода рассмотрим небольшой фрагмент из исследования мотивационно-потребностной сферы при алкоголизме.

На этапе общепсихологического анализа были показаны пути изменения структуры мотивационной сферы, резкое повышение в ее рамках потребности в алкоголе. Обнаружилось, что в ходе болезни эта потребность не просто «надстраивается» над прежней иерархией потребностей, деятельностей и мотивов, но преобразует эту иерархию, мотивы и потребность личности: она, с одной стороны, как бы «придавливает» их, вытесняя все, что требуется сложноорганизованной деятельности, оставляя лишь несложные и примитивные потребности, а с другой, придает (точнее, прививает) даже неалкогольным видам деятельности способы реализации и установки, выработанные в деятельности по удовлетворению потребности в алкоголе [4, 8, 16]. Последний момент требует, видимо, некоторого пояснения. Дело в том, что, когда мы говорим о потребности в алко-

теле, не следует понимать это выражение буквально. С психологической точки зрения речь строго должна идти не о потребности в алкоголе, как таковом<sup>3</sup>, а о потребности переживания состояния опьянения. Это переживание в свою очередь обычно имеет при достаточном стаже пьющего не одномоментный, а весьма развернутый, деятельностно опосредствованный характер<sup>4</sup>. Деятельность, которая развертывается в состоянии опьянения, является совершенно особой по своему характеру, а именно иллюзорно-компенсаторной.

Для того чтобы понять специфику этой деятельности, достаточно сравнить ее (в особенности у людей, уже больных алкоголизмом) с деятельностью здорового человека. Возьмем, например, столь важную для каждого потребность в удовлетворяющей его самооценке. Здоровый человек обычно идет по пути постановки целей и задач, достижение которых будет достаточно высоко оценено окружающими и им самим, что приведет к поддержанию и повышению его самооценки. Иной способ организации деятельности, направленной на поддержание самооценки, самоуважения, типичен для людей, злоупотребляющих алкоголем и больных алкоголизмом. К. Г. Сурнов, специально исследовавший этот вопрос, справедливо отмечает, что важнейшей особенностью алкогольного способа удовлетворения потребностей является подмена объективных результатов реально осуществляемых действий субъективными эмоциональными ощущениями и состояниями. Последние имитируют состояния здорового человека, в ходе своей деятельности реально осуществившего намеченные планы. Достигаются же эти желательные состояния с помощью алкоголя, т. е. посредством не реальной, а иллюзорно-компенсаторной деятельности [16]. Со временем, как мы уже говорили, установки, вырабатываемые в иллюзорно-компенсаторной деятельности, распространяются и на другие, в том числе далекие от «алкогольных», виды деятельности, позволяя достаточно легко распознавать больного алкоголизмом по его действиям и поведению даже в те периоды, когда он не пьет.

Психологическое пристрастие к алкоголю формируется как определенного рода деятельность опосредствованное переживание, как иллюзорно-компенсаторный способ удовлетворения все более широкого круга потребностей. Поэтому крайне упрощенно выглядит точка зрения, столь распространенная в медицинской литературе, согласно которой тяга к вину возникает как чуть ли не автоматический, одномоментный акт, суть которого может быть целиком сведена к условно-рефлекторной связи между событием (выпивкой) и подкреплением (появлением состояния эйфории). Человек ищет в вине значительно большего, чем состояния эйфории; «принцип удовольствия» слишком тривиален для объяснения столь распространенного и столь грозного по своим последствиям явления. Психологические причины здесь глубже: они кроются, во-первых, в тех возможностях (как уже говорилось, иллюзорных) удовлетворения желаний и разрешения конфликтов, которые дает состояние опьянения для длительно пьющего человека, «научившегося» определять в этом состоянии свои самые разные актуальные потребности, и, во-вторых, в тех психологических и социальных условиях, которые толкают человека на этот путь. Можно привести много доказательств именно деятельности опосредованной природы пристрастия к алкоголю.

Достаточно указать, например, на то, что искомые субъективные состояния обычно не достигаются пьющим человеком в одиночку. Как правило, требуется достаточно развернутое «разыгрывание» этих состояний, которое подразумевает компанию, собеседника, слушателя, зрителя. Клиницисты и психологи знают, что привычное пьянство в одиночку указывает либо на атипичный характер процесса, отягощенность сопутствующими психическими болезнями, либо на крайнюю степень алкогольной деградации, при которой иллюзорно-компенсаторная деятельность начинает, действительно, все более сворачиваться, терять одно за другим опосредствующие звенья. Заметим также, что следствием опьянения могут быть не только эйфорические состояния, но и состояния подчеркнутой грусти, намеренно растревляемые чувства несправедливой обиды, незаслуженного уни-

<sup>3</sup> Мы оставляем сейчас в стороне так называемую физическую потребность в алкоголе, когда в развитых стадиях болезни, например в состоянии похмелья, тяга к алкоголю имеет вполне выраженный физиологический характер. Речь сейчас идет о генезе психологической стороны процесса, о том, к чему стремится и ради чего прибегает к выпивке бытовой ли пьяница или больной алкоголизмом на фоне отсутствия в данный момент сколь-либо выраженных физиологических компонентов тяги.

<sup>4</sup> Ф. Е. Василюк, пожалуй, первый четко указал на необходимость различия двух значений переживания: как непосредственной эмоциональной данности и как деятельности [9].

жения и т. п. Сам диапазон субъективных поводов пьянства, включающий, по сути, разнонаправленные, противоречие одна другой тенденции (пьют с радости и с горя, чтобы расслабиться и чтобы решиться, с удачи и с неудачи и т. п.) свидетельствует в пользу того, что не алкоголь, как таковой, есть прямая причина достижения соответствующих состояний, а специальная, хотя чаще всего и неосознаваемая деятельность пьющего человека, которая, конечно же, развертывается, определяется во многих своих формах, существенно облегчается на фоне психофизиологического действия алкоголя, но отнюдь не может быть объяснена лишь этим действием.

Исходя из этого общепсихологического этапа анализа, изложенного здесь, разумеется, крайне сжато и конспективно, можно перейти к указанию некоторых из тех проблем клиники, где помочь психолога может оказаться эффективной. Рассмотрим это на примере лечения больных алкоголизмом.

Обычные способы лечения сводятся к вырабатыванию условно-рефлексорно или с помощью специальных препаратов непереносимости, отвращения к запаху и вкусу спиртного. Традиционная психотерапия дополняет это проведением бесед о вреде и пагубности алкоголя. Ни в одном из данных случаев особого вмешательства психологов не требуется — лечение вообще прерогатива медиков, а убедительных фактов о вреде алкоголя у любого врача-нарколога предостаточно. Однако из всего вышеизложенного ясно, что перечисленные пути терапии, несмотря на их необходимость и несомненную важность в общем курсе лечения, чаще всего минуют, не затрагиваются глубинные, смысловые основы тяги к опьянению. Они направлены на подавление физических, физиологических компонентов влечения и на осуждение пьянства как порока, тогда как вся сложная, деятельности опосредованная подоплека пьянства, привычные, выработанные годами установки и способы восприятия мира остаются практически незатронутыми.

Чего стоит, например, типичная для медицинской истории болезни алкоголизма запись «больной высказывает установку на трезвость», основанием для которой нередко является просто утвердительный ответ на вопрос врача о том, собирается ли больной наконец бросить пить и следовать трезвому образу жизни. Однако установка в строгом психологическом значении не может быть «высказана», являясь многоуровневым, в значительной части неосознаваемым образованием. Если установки пьянства формировались в ходе достаточно длительного и сложного развития личности (в данном случае развития аномального), то и установки трезвости должны возникнуть не вдруг, а лишь с опорой на развитие деятельности, но на этот раз, во-первых, деятельности не иллюзорно-компенсаторного типа, а ориентированной в конечном итоге на реальность и, во-вторых, дающей возможность по-новому увидеть и удовлетворить потребности (например, в самоуважении, смене впечатлений и т. п.), которые раньше привычно удовлетворялись с помощью алкоголя. Здесь мы вправе задать вопрос: является формирование такого рода деятельности или круга взаимосвязанных деятельности, на основе которых возможно появление подлинной установки на трезвость, собственно медицинской, психиатрической задачей? Видимо, нет. Она близка к задачам психолого-педагогическим, задачам воспитания и коррекции личности. Правда, учитывая, что мы здесь имеем дело в основном со взрослыми людьми, с уже сложившейся аномальным образом структурой личности, лучше говорить о перевоспитании или, используя удачный термин В. Е. Рожнова, о «перевоспитывающей корректировке личности» [14].

Разработка как теории, так и практики такого перевоспитания не-мыслима вне компетенции профессионального психолога, хотя, разумеется, при этом никто не будет отрицать важности учета богатейшего опыта психиатрии, медицинской психотерапии, постоянных консультаций с лечащим врачом, своевременной фармакологической помощи и т. п.

Меняется лишь соотношение ролей, способы взаимосвязи психиатра и психолога. На первых стадиях, когда необходимо восстановить нарушенные болезнью функции, снять симптомы физической потребности, привить отвращение к запаху и вкусу спиртного и т. п., психиатр, несомненно, является главной, ключевой фигурой, а психолог — фоновой. На стадии перевоспитывающей корректировки отношение меняется — главным и ответственным становится психолог<sup>5</sup>.

Заметим, что мысль о необходимости перевоспитания, душевного перерождения как важнейшего условия избавления от алкоголизма высказывалась давно. Столетие назад (в 1886 г.) замечательный русский психиатр С. С. Корсаков писал, что нельзя излечить лишь изоляцией от алкоголя, сколь бы длительной она ни была<sup>6</sup>. Можно продержать пьяницу и год, и два, но когда он выйдет, то вновь будет пить, если только за это время не дать ему какого-либо «нового душевного содержания» (цит. по [3, с. 6]). Сейчас речь идет о задаче привития этого нового душевного содержания и о том, что задача эта преимущественно психо-педагогическая.

Итак, определив некоторую специфическую сферу применения психологии, мы, казалось бы, можем переходить к отбору, конструированию, апробации конкретных инструментов вмешательства в эту сферу. Но, как правило, первоначально проведенный анализ наводит нас на слишком обширную предметную область, и поэтому возникает дополнительная задача — более четко очертить, локализовать направленность и границы нашего вмешательства в рамках именно данного прикладного исследования. Например, в исследовании, о котором сейчас идет речь, в качестве такой точки приложения была выбрана проблема формирования смысловой установки на трезвость как одной из составляющих процесса перевоспитания личности. В свою очередь эта более при цельная локализация требует нового обращения к общепсихологическим рассуждениям и анализу, сосредоточенным, однако, на этот раз на выбранной узкой области. В нашем случае суть этих рассуждений может быть вкратце сведена к следующему.

Появлению новых мотивов, новых личностно-значимых направленностей деятельности субъекта нередко предшествуют особого рода переходные потребностно-мотивационные состояния, возникающие вследствие тех или иных кризисных явлений личностного развития, разочарования в прежних мотивах и способах действий и т. п. Обычно человек, находящийся в таком состоянии, может более или менее хорошо знать, чего он **не** хочет в своей жизни. Однако он не отдает себе отчета, не осознает, чего конкретно хочет, какой новый конкретный предмет был бы для него потребным, «валентным». В отличие от собственно потребностей, которым отвечают те или иные конкретные предметные содержания, о потребностных состояниях мы можем говорить лишь в плане достаточно широкого круга потенциальных, возможных, предполагаемых, но отнюдь не твердо закрепленных предметов.

<sup>5</sup> Следует согласиться с Ю. Ф. Поляковым, который подчеркивает, что психологическую коррекцию как функцию психолога необходимо отличать от психотерапии как метода лечения. Психологическая коррекция должна быть, в частности, направлена на лиц, не находящихся в клинически выраженном состоянии болезни и не нуждающихся в актуальный момент в интенсивной врачебной помощи [13].

<sup>6</sup> По сути, на этом принципе как на основном построены и современные методы лечения. В крайних, далеко зашедших случаях эта изоляция принудительная — заключение больных по постановлению суда в специальные лечебно-трудовые профилактории (ЛТП) сроком на один-два года. В обычных случаях эта изоляция добровольная, когда больной соглашается на лечение в стационаре (до полугода) или на прием фармакологических препаратов, делающих на долгий срок невозможным употребление алкоголя, поскольку больной предупреждается, что нарушение запрета поведет к тяжелым соматическим последствиям вплоть до летального исхода. Напомним, что эффективность лечения во всех случаях является крайне низкой [17].

Потребностное состояние обычно не может длиться долго. Рано или поздно происходит встреча, обнаружение, опробование действием того или иного конкретного предмета, который наиболее отвечает в данных условиях данному потребностному состоянию, что переводит его в качественно иной ранг — ранг потребности, нашедшей свой предмет.

Вслед за этим потребность через найденный мотив побуждает к деятельности, в ходе которой она может глубоко видоизменяться, приобретая новые черты и характеристики, порой кардинально отличающиеся от генетически первоначальных [6, 8].

Исходя из подобного рода уже прицельно сформулированных для нужд выбранной задачи общепсихологических принципов, мы можем, наконец, переходить к построению методики преобразования исследованной реальности, в данном случае методики формирования установки на трезвость, рассчитанной на применение в наркологических отделениях психиатрических клиник.

«Высказываемая» больными психиатрических стационаров установка на трезвость не всегда основывается на подлинной потребности в трезвой жизни; чаще всего это не более чем вербальная, но отнюдь не смысловая установка. Тем не менее сам факт поступления, прихода человека в психиатрическую клинику говорит о том, что прежний образ жизни — пьянство — по каким-то причинам (пусть даже внешним: требования семьи, работы) и на какой-то срок (по крайней мере на время пребывания в стационаре) стал для него хотя бы формально осуждаемым. С психологической точки зрения речь часто идет о достаточно диффузном и неопределенном мотивационно-потребностном состоянии с нередким несоответствием осознаваемых и неосознаваемых компонентов, состоянию, которое в отличие от сформированной потребности не имеет очерченных мотивов, конкретных планов и способов реализации. Поэтому основная задача методики виделась в поэтапном переводе такого потребностного состояния в качественно иной психологический ранг — ранг полноценной потребности в трезвой жизни как опоры, основы для создания подлинной трезвеннической установки взамен имевшейся вербальной.

Эта задача реализовывалась в четыре этапа<sup>7</sup>.

Первый — мотивационный — ставил целью создание у больных высокой личностной, эмоциональной заинтересованности в предлагаемых психокоррекционных занятиях по данной методике. На втором — ориентировочном — вводились как можно более многочисленные мотивы (предметы) трезвеннической жизни, потенциально способные определить существующее потребностное состояние. На третьем — собственно установочном — на основе достижений ориентировочного этапа формировались личностно приемлемые для данного пациента мотивы трезвеннической жизни, индивидуальная форма трезвеннической установки. Четвертый, последний этап, названный деятельностным, заключался в разработке для каждого пациента развернутых планов организации будущей трезвой жизни. Сквозной для реализации этих этапов была деятельность группового общения. Критериями отбора участников психокоррекционной группы служили высказывание пациентом намерения воздерживаться от употребления спиртных напитков после лечения (т. е. наличие хотя бы вербальной установки); отсутствие выраженной личностной деградации или примитивности; отсутствие сопутствующих эндогенных психических заболеваний.

Не останавливаясь на уже описанном ранее [7], скажем лишь, что применение методики оказалось весьма продуктивным в практическом плане: смысловая установка на трезвость, диагностируемая по ряду специальных критерии, у больных экспериментальной группы, прошедших

<sup>7</sup> Конкретные приемы методики были разработаны и апробированы К. Г. Сурновым.

психокоррекционные занятия, отмечалась в три раза чаще (в 90% против 30%), чем у больных контрольной группы, прошедших стандартное медикаментозное лечение.

Если же рассматривать прикладные приемы не как отдельно взятые и имеющие самостоятельное значение, а как часть намеченного выше аналитико-преобразующего метода, то успешность, эффективность про-веденного преобразования реальности может рассматриваться как подтверждение правильности тех выводов психологического анализа, на которых непосредственно базировались замысел и способы построения прикладной методики<sup>8</sup>.

В заключение следует выделить некоторые общие перспективы прикладной психокоррекционной работы в области алкоголизма.

Сегодня намечены лишь отдельные, часто недостаточно связные фрагменты такой работы, скажем формирование установки на трезвость (о чем шла речь выше) или исследование взаимопонимания больных в группе, проблемы групповой коррекции (чем успешно занимаются Б. М. Гузиков, А. А. Мейроян [10] и В. М. Зобнев в Ленинграде) и т. п. Глобальность задачи состоит в том, чтобы проанализировать все без исключения звенья реабилитационного процесса и найти в каждом из них те моменты, которые подлежат компетенции психолога и возможностям перевоспитывающей корректировки, иначе говоря, создать **систему психологического обеспечения** этого процесса, разработать ее теорию и принципы практической реализации.

Отсюда в свою очередь ставится задача координации усилий психологов алкоголизма, не только на сегодня крайне малочисленных по своему составу, но и работающих весьма разрозненно, часто на несопоставимых друг с другом основаниях. Настала пора созвать специальный Всесоюзный семинар по психологическим проблемам изучения и коррекции алкоголизма, с тем чтобы непосредственно охватить и соотнести между собой взгляды работающих в этой области психологов.

Наконец, важнейшей практической задачей, в разрешении которой психологи должны принять активное участие, является профилактика развития алкоголизма. Пока что в этой области наиболее распространена сугубо медицинская модель, суть которой сводится к тому, что чем раньше мы выявим у человека начальные формы алкоголизма, тем эффективнее, с большей вероятностью сможем остановить процесс развития его болезни (по чистой аналогии с каким-либо соматическим страданием: чем раньше мы выявим и начнем лечить, например, туберкулез, тем больше вероятность избавления от недуга). Между тем эта модель психологически несостоятельна. Ранние стадии, что отмечают и сами клиницисты, нередко значительно менее курабельны, чем стадии развернутые. Психологически этот парадокс вполне объясним: человек еще не вышел из состояния «восходящего», самодовольного, самодостаточного пьянства, не столкнулся во всей жесткости с опустошающими жизнь и душу последствиями алкоголизма.

Сказанное, разумеется, не означает, что следует пассивно ждать, пока алкоголик дойдет «до кондиции» и вступит в развернутые стадии

<sup>8</sup> Следует во избежание недоразумений подчеркнуть, что предлагаемая методика отнюдь не противопоставляется и не подменяет собой психотерапевтическую работу врача-нарколога. Отечественной медициной, в частности школой эмоционально-стрессовой терапии, достигнуты значительные успехи в разработке методов воздействия на операционные и целевые установки больных алкоголизмом [12, 14, 15]. В данном же случае объектом становятся смысловые установки, смысловые динамические системы личности, для изменения и трансформации которых недостаточно вербальных воздействий или условно-рефлекторных методик, но необходима последовательная реализация принципа деятельностного опосредствования [2]. Таким образом, предлагаемый метод не является психотерапией алкоголизма в узком смысле слова. Это психокоррекционная и психопедагогическая работа, подразумевающая сотрудничество, взаимодействие с лечебными мероприятиями, но не находящаяся с ними в одном ряду.

болезни. Вполне понятно, что надо по-прежнему искать новые и эффективные методы выявления алкоголизма и воздействия на его начальные стадии. Однако пора осознать, что, говоря о борьбе с алкоголизмом, следует иметь в виду в качестве главного объекта этой борьбы вовсе не алкоголика и даже не алкоголизм, как таковой. С алкоголизмом, если он начался, бороться уже поздно — его надо лечить. Бороться с алкоголизмом — значит бороться с его истоками, пресекать причины его возникновения. Для этого необходимо, во-первых, найти тот момент, период жизни человека, когда «антиалкогольное» воздействие будет для него действенным, и, во-вторых, определить сам характер этого воздействия, его психологическую сущность и педагогические формы.

Наши данные [8] показывают, что ключевым периодом в этом отношении является младший школьный и в особенности подростковый возраст. Что касается второго вопроса — о специфике «антиалкогольного» воздействия, — то ответ на него звучит достаточно остро: строго говоря, таковой специфики нет, точнее, она растворяется в общих проблемах и задачах воспитания личности и профилактики многих других видов аномалий развития. Конечно, надо вовремя информировать ребенка о пагубности алкоголя, его вреде для здоровья и т. п. Однако подлинный иммунитет к пьянству и алкоголизму дают не эти знания (хотя, повторяю, они являются важным и необходимым условием), а воспитанная в человеке нравственная активно-творческая позиция, наличие смысловых перспектив и идеалов жизни. Здесь патопсихология, по сути, смыкается с возрастной, педагогической и социальной психологией, что лишний раз свидетельствует о неформальном внутреннем единстве различных областей и разделов психологической науки.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Материалы XXVII съезда Коммунистической партии Советского Союза. М., 1986, с. 50.
2. Асмолов А. Г., Братусь Б. С., Петровский В. А., Субботский Е. В., Хараш А. У. О смысловых образованиях личности. — В кн.: Взаимодействие коллектива и личности в коммунистическом воспитании. Таллин, 1979, с. 35—42.
3. Баженов Н. Н. Психиатрические беседы. М., 1903.
4. Братусь Б. С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. М., 1974.
5. Братусь Б. С. Использование общепсихологических закономерностей в психокоррекционной работе. — В кн.: Актуальные проблемы современной психологии. М., 1983, с. 17—20.
6. Братусь Б. С., Линин О. В. Закономерности развития деятельности и проблемы психолого-педагогического воздействия на личность. — Вестн. МГУ. Сер. 14. Психология, 1982, № 1, с. 12—20.
7. Братусь Б. С., Сурнов К. Г. Методика формирования установки на трезвость у больных алкоголизмом. — Вестн. МГУ. Сер. 14. Психология, 1983, № 3, с. 53—63.
8. Братусь Б. С., Сидоров П. И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М., 1984.
9. Василюк Ф. Е. Психология переживания. М., 1984.
10. Гузиков Б. М., Мейроян А. А. Преодоление алкоголизма. Л., 1986.
11. Лебедев А. Н. Патопсихология перед выбором? — Психол. ж., 1983, № 3, с. 99—101.
12. Павлов И. С. Психотерапевтическая тактика по выработке трезвенической установки у больных хроническим алкоголизмом (методические указания). М., 1976.
13. Поляков Ю. Ф. Здравоохранение и задачи психологии. — Психол. ж., 1984, № 2, с. 68—75.
14. Рожнов В. Е. Лекции по психотерапии. М., 1971.
15. Рожнов В. Е. Методическое указание по коллективной эмоционально-стрессовой методике гипнотерапии алкоголизма. М., 1975.
16. Сурнов К. Г. Изменение установок личности при алкоголизме: Дис. на соискание уч. ст. канд. психол. наук. М., 1982.
17. Янушевский И. К. Эффективность антиалкогольного лечения по данным катамнеза. — В кн.: Алкоголизм. М., 1959, с. 427—432.
18. Mayer J. S., Filstead W. J. Adolescence and Alcohol. Cambridge, 1980.
19. Medical-scientific conference on work in progress in alcoholism (Milwaukee, 1984)/Ed. by Seixas F. A., Eggleston S. N. Y., 1984.