

Психогенетическая модель личности пациента с зависимостью от психоактивных веществ

ВАЛЕНТИК Ю.В. д.м.н., профессор, зав.кафедрой наркологии РМАПО МЗ России, Москва

Для использования в наркологии и психотерапии предложена рабочая психогенетическая модель личности. В качестве гипотезы при разработке модели рассматривалось положение о возможности структурирования личности в соответствии с качественно определенными этапами жизненного цикла человека. Оценивались основные структуры личности у взрослых пациентов, обратившихся за наркологической помощью, и у контрольной группы. Исследование позволило выделить основные инвариантные личностные статусы (ЛС), раскрывающиеся по ходу жизни у всех обследованных пациентов: ЛС "Я — Телесное"; ЛС "Я — Ребенок" (сын/дочь); ЛС "Я — Мужчина/Женщина"; ЛС "Я — Партнер" (муж/жена); ЛС "Я — Родитель" (отец/мать); ЛС "Я — Член группы" (профессионал и т.д.). Эти универсальные ЛС составляют нормативную часть личности. Каждый тип ЛС раскрывается и формируется во взаимодействии с соответствующими Значимыми Другими Лицами (ЗДЛ). В условиях хронически текущего психического расстройства, каким является зависимость от психоактивных веществ, формируется еще одна — патологическая часть личности, "обслуживающая" патологический процесс — ЛС "Я — Патологическое" (алкоголик, наркоман). Это эпифеномен повторяющихся патологических потребностных циклов, аккумулирующий болезненные установки, ценности, смыслы, стереотипы поведения и весь комплекс соответствующих переживаний. Психогенетическая модель личности демонстрирует возможность двух принципиальных путей для психотерапевтических изменений: нейтрализации патологических личностных образований и активизации ресурсов нормативной части личности.

Проблема личности вызывает многочисленные дискуссии как в теоретических науках, так и в наркологии, психиатрии и психотерапии. Во всех этих дисциплинах как исследовательская, так и практическая работа должна опираться на теорию личности. Однако сегодня общепринятой теории личности нет, большинство исследователей работает с отдельными личностными конструктами или с многочисленными монофакторными теориями личности, которые уже давно обнаружили свою неполноту и множество ограничений при практическом применении. В медицине это особенно очевидно: изучая различные личностные расстройства, исследователи не в состоянии опереться на нормативную модель личности. В итоге, те, кто на занимаются лечебной и психотерапевтической практикой, вынуждены либо руководствоваться заведомо односторонними моделями личности, либо разрабатывать собственные модели личностного устройства, как это происходит, например, в рамках ведущих направлений психотерапии [1, 7, 9, 10, 11, 12, 13]. В статье предпринимается попытка устранить существующее противоречие и будут изложены представления о рабочей психогенетической модели личности, разработанной сотрудниками кафедры наркологии РМАПО в период 1993—2001 гг. [2, 3, 4, 5, 6, 8].

Психогенетическая модель личности базируется на представлении о том, что психика формируется и функционирует в рамках процесса развертывания генетической программы. Следовательно, и психика, и неразрывно связанная с ней личность, по своему содержанию, связаны с качественно определенными этапами жизненного цикла человека. Развитие личности происходит в недрах психики, характеризуется онтогенетическими особенностями наполнения психики, становлением сферы сознания и самосознания, влиянием окружающих лиц и социума в целом. Тем не менее, оно не отрывается от генетически заданного цикла, а лишь более широко повторяет его на более высоком уровне. Индивид помещает в себя социальный опыт, который имплицитно кристаллизуется вокруг основных видо- и родообусловленных процессов жизненного цикла. Происходит это в специфических

условиях человеческого общества. Структурирующаяся в нем личность наполняется необходимыми смыслами, ценностями, установками и стереотипами восприятия и поведения.

На протяжении всей своей жизни человек неразрывно связан с обществом, являясь его частью. Особое значение имеет ближайшее социальное окружение, в котором человек формируется, раскрывается, функционирует и которое закономерно трансформируется на этапах жизненного цикла. При этом в клинической медицине часто упускается из виду, что основные результаты человеческого функционирования в любом его личностном качестве взаимообусловлены взаимодействующими сторонами, то есть, самим человеком и его ЗДЛ. Это результаты совместной деятельности, а не результаты деятельности одного индивида. Поэтому рассматривать человека вне его социального окружения, анализировать абстрактно его поведение и личность, и, тем более, проводить системную психотерапию сегодня уже невозможно.

Личность — чисто человеческий феномен, общественная форма структурирования и организации психики. Она не состоит без проживания в обществе, контактов с людьми, усвоения социокультурального опыта и без развития сознания. Личность есть высшее психическое, точнее — психосоциальное образование. Она формируется только в условиях человеческого окружения. Маугли не является личностью в человеческом понимании, он — только лишь индивидуальность. Чтобы стать личностью, человеку длительное время приходится общаться с людьми, учиться языку и речи, наполнять свое сознание тем, что содержится в культуре общества, которое его окружает. Это необходимо для того, чтобы стать способным успешно функционировать в обществе. Именно при соблюдении последнего условия принято считать, что человек состоялся как личность.

Личность формируется с помощью ЗДЛ и в процессе взаимодействия с ними, направленного на взаимное удовлетворение потребностей. Личность человека и его ЗДЛ имеют общий аспект, взаимопроникновение и не-

прерывность в потребностном цикле. Здесь же кроется и основа первичной зрелой коммуникации, точнее коммуникативного обмена: “я тебе дам мое (в котором ты нуждаешься), а ты мне дашь твое (в котором нуждаюсь я)”. Потребности удовлетворяются взаимно. В этом основа того, что личность образует человеческую систему в процессе взаимодействия и коммуникативного обмена с основными ЗДЛ. Во взаимодействии с другими людьми, с ЗДЛ происходит взаимное удовлетворение потребностей, то есть обмен веществом, энергией, информацией. Во взаимодействии с ЗДЛ человек получает и одновременно открывает в себе ресурсы, необходимые для дальнейшего существования. Свертывание отношений с ЗДЛ ведет к дефициту ресурсов. Это означает страдание, которое может закончиться весьма печальным образом, то есть для нормального развития человеческой личности необходимы его встречи с основными ЗДЛ и установление надежных отношений с ними по ходу реализации жизненного цикла. Многообразные аспекты личности не созревают и не открываются сами по себе: для их раскрытия необходимы взаимодействия с соответствующими ЗДЛ. Для формирования части личности “Ребенок” необходимо взаимодействие с ЗДЛ “Родители”, для формирования части личности “Мужчины” необходимо взаимодействие с ЗДЛ “Женщины” и т.д. Получается, что основные ЗДЛ (нормативные) необходимы для того, чтобы активизировать и, в конечном счете, конституировать соответствующие части личности человека. В отсутствие реального взаимодействия с нормативными ЗДЛ возникают проблемы с реализацией жизненного цикла, а развитие личности просто не происходит. Поэтому и основа общения всех лечебных и психотерапевтических технологий — универсальные и потому доступные всем содержания.

В отличие от существующего в природных условиях биологического индивида, человек становится личностью через сознание и речь, постепенно раскрывая различные аспекты собственного “Я” в условиях проживания в человеческом обществе. “Я” — интегральное переживание, выводимое из множества личностных переживаний, каждое из которых квалифицируется индивидом как собственное. “Я” — сложное образование, лежащее в центре самосознания, самоконцепции, самооценки, саморегуляции. Оно объединяет и дает возможность осознать иные психологические конструкты (ценности, смыслы, установки, мотивацию и т.д.). Это — наиболее “человеческая” часть психики и одновременно основа личности.

Идентифицирующий ответ на вопрос “Кто “Я”? находится в оценке устойчивых аспектов личности, лежащих в контексте устойчивых процессов взаимоотношений с ЗДЛ. Здоровье индивида также связано с взаимным принятием норм и ценностей других людей, позволяющих развивать взаимные удовлетворяющие отношения. Поэтому представления о здоровье так или иначе включают и степень социальной адаптации, и нарушения поведения с позиций общественных норм.

Если личность структурируется во взаимодействии с ограниченным количеством нормативных ЗДЛ по ходу жизненного цикла, то, стало быть, в структуре личности можно выделить и качественно определенные части или устойчивые состояния, образование и функционирование которых прямо связано с взаимодействием с нормативными ЗДЛ. Иначе эти части личности можно было бы называть *личностные статусы* (ЛС). Каждый ЛС возникает и развивается по мере приобретения опыта взаимного

удовлетворения потребностей человека и его конкретного ЗДЛ. В ходе такого взаимодействия человек усваивает информацию, в его психике кристаллизуются правила социальных интеракций, формируются установки, вырабатываются адаптивные стереотипы поведения. На основе такого опыта вырабатываются обобщенные личностные смыслы и ценностные ориентации, то есть, представления об основных жизненных ценностях и способах их получения. Таким образом, каждый ЛС, в зависимости от конкретного жизненного опыта взаимодействия с ЗДЛ наполняется и приобретает соответствующее содержание.

Конкретный статус не исчерпывает всего богатства личности. Никогда актуальное маленькое “я” не равняется большому совокупному “Я”. Переживания самостождественности и идентичности поэтому обычно не полны, доставляют психологический комфорт лишь на протяжении коротких периодов времени, при актуализации и доминировании и качественно определенного ЛС и соответствующего аспекта “Я”.

ЛС — это не роли в их традиционном психологическом и житейском понимании. Это не маски, которые человек надевает и меняет. Это, прежде всего, социокультуральное наполнение содержанием психобиологических матричных психических образований человека. Они возникают, отнюдь, не случайно, а вполне закономерно, связаны с реализацией генетической программы и прохождением основных этапов жизненного цикла. Поэтому ЛС — это не внешние приобретения, а развитие внутренних, присущих и человеку, и другим представителям животного мира психобиологических образований. Обобщая, можно утверждать, что ЛС предельно универсальны, они основа межчеловеческого, межличностного взаимодействия всех людей. Универсальные ЛС создают основы для взаимопонимания людей, принадлежащих к различным культурам, находящихся на различных этапах социального развития. Целью многолетних исследований стало определение универсальных ЛС.

Материал и методы

В данном исследовании был проведен анализ структуры личности 280 больных с зависимостью от алкоголя, находившихся на стационарном лечении в НИИ наркологии Минздрава РФ. Изучались как здоровые, присущие человеку в норме личностные образования, так и патологические изменения личности в ходе заболевания. При последующем наблюдении исследовались и доминирующие в терапевтической ремиссии личностные характеристики и особенности взаимодействия с ЗДЛ [2]. Использовались специально разработанная карта обследования, включающая 255 пунктов, и специально разработанный вопросник для определения ЛС.

Дополнительно, под нашим руководством, аспиранткой О.Н. Маренич [8] было проведено обследование 90 чел. Обследованные подразделялись на две группы: основная и контрольная. В основную группу вошло 70 лиц, зависимых от наркотиков, обратившихся за помощью в НИИ наркологии МЗ РФ и в дневной стационар Московского областного наркологического диспансера. В контрольную группу вошли 20 чел., не имеющих проблем с зависимостью от ПАВ, сходных по главным социально-демографическим показателям (возраст, пол, семейное положение). Помимо указанных инструментов при этом также использовалась методика исследования самоотношения (Столин В. В., Пантеев С.Р., 1988).

В обеих группах было проведено обследование с помощью специального опросника. Каждый вопрос формулировался так, что допускал лишь единственный ответ из списка возможных. Вопросы рассматривались как категориальные признаки с ограниченным числом возможных состояний (не более 10 ответов на вопросы). Списки возможных ответов на вопросы были упорядочены по их усилению или ослаблению, что позволило рассматривать признаки как порядковые, к которым могут быть применены любые методы статистического анализа данных, используемые для дискретных численных переменных. Было поставлено три задачи: 1) определение информационной ценности признаков, определяющих каждый ЛС; 2) минимизация списка признаков, описывающих каждый ЛС с учетом внутригрупповой корреляции; 3) выявление взаимосвязи между социально-демографическими признаками и состоянием ЛС.

Полученные данные дополнительно изучались в ходе психотерапии пациентов с зависимостью от ПАВ на кафедре наркологии РМАПО.

Результаты

В литературе содержатся данные об отдельных ЛС, полученные при транзактном анализе, экзистенциальном анализе, в гуманистическом направлении психотерапии [1, 7, 9, 10, 12, 14]. Наши исследования [2, 3, 4, 5, 6, 8] позволили выделить нормативную часть личности и описать составляющие ее отдельные ЛС, которые осваиваются каждым человеком в ходе его жизненного цикла (нормативные ЛС).

Обследование проводилось в стационарных условиях повторно на протяжении пребывания в клинике и на различных этапах ремиссии. Оно показало, что на различных этапах лечения у пациентов доминировали различные ЛС. У большинства пациентов в возрасте от 30 лет определялся схожий набор ЛС, существование которых поддерживалось взаимодействием с соответствующими ЗДЛ: ЛС "Я — Телесное", ЛС "Я — Ребенок", ЛС "Я — Мужчина", ЛС "Я — Партнер (муж)", ЛС "Я — Родитель", ЛС "Я — Профессионал (член профессиональных групп)". Эти ЛС рассматриваются как нормативные. Были обнаружены и другие ЛС ("Я — Брат", "Я — Друг", хоббийные ЛС и т.д.), но они не определялись у большинства обследованных пациентов.

У молодых пациентов (31,2 %), как правило, отсутствовал полный набор нормативных ЛС. У большей части из них доминировали ранние ЛС, а такие ЛС, как "Я — Партнер (муж)", "Я — Родитель", не успевали сформироваться на период проведения исследования. Более чем у половины таких пациентов оказался несформированным и ЛС "Я — Профессионал".

Проведенный анализ доминирующих в ремиссии личностных статусов показал следующее. Как уже указывалось, у большинства пациентов определялся ЛС "Я — Телесное" и у 57,9 % он актуализировался в связи с проблемами (осложнения употребления ПАВ, различные заболевания, травмы и т.д.).

Также практически у всех пациентов определялся ЛС "Я — Ребенок", причем у 67,1 % пациентов он был актуален в ремиссии. У части пациентов определялось доминирование этого ЛС. Эти пациенты были несамостоятельными и находились под влиянием собственных родителей и других родительских фигур в окружении.

У 68,6 % пациентов в состоянии ремиссии определялся актуальный ЛС "Я — Партнер (муж)" и на решение лечиться существенно повлияли семейные взаимоотношения. То же самое можно сказать и в отношении тех пациентов, у кого определялся актуальный ЛС "Я — Родитель".

У 59,3 % пациентов определялся актуальный ЛС "Я — Профессионал". Большей частью это были зрелые и социально сохранные люди. В этом случае существенную часть мотивации к дальнейшему лечению определяла ситуация на работе.

Обследование пациентов с зависимостью от алкоголя и с зависимостью от наркотиков показало, что у подавляющей части пациентов определялся и патологический ЛС ("Я — Алкоголик"; "Я — Наркоман"), сформировавшийся в ходе злоупотребления ПАВ и обслуживающий его.

Л. Н. Собчик (1977) считает, что закономерности изменения личности при алкоголизме сходны с таковыми при других экзогенно-органических нарушениях. При этом происходит как бы "оборганичивание" психики. В психологическом плане наиболее угрожаемой почвой для алкоголизма является неудовлетворенная в своих притязаниях личность, комплекс "неудачника", люди дисгармоничные, не реализовавшие себя. Возможно, это отражение того, что перекрываются существенные процессы функционирования пациента в ЛС. Вначале дисгармоничность заостряется. Часто это сопровождается предъявлением обвинений окружающим, конфликтностью, импульсивностью, аффективными разрядами, усугублением личностной дезинтеграции. В последующем отмечается снижение уровня эмоциональности, уплощение эмоций. Одновременно отмечаются снижение интеллекта, ухудшение памяти, затруднения в концентрации внимания, ассоциации становятся примитивными, стереотипными. Мышление обедняется, становится поверхностным, исчезает критическое отношение к происходящему.

Психологические изменения при наркоманиях, по мнению Л. Н. Собчик, мало чем отличаются от алкогольных, но выражены резче, появляются раньше, имеют более быструю динамику. В частности, быстрее возникает отрыв от нормативной реальности. Другая часть изменений личности при зависимости от ПАВ — отход от прежних моральных установок, примитивизация мотивационно-эмоциональной сферы, снижение уровня самоконтроля, изменение самооценки.

Как следует расценивать мнение такого авторитетного исследователя, как Л. Н. Собчик, в свете психогенетической модели личности? Это совершенно адекватная интерпретация в той ее части, которая касается токсического действия, присущего ПАВ. Кумуляция токсических эффектов ПАВ и других повреждающих эффектов, связанных с образом жизни пациентов (характер питания, травматизация и т.д.), рано или поздно действительно приводит к так называемому оборганичиванию психики. Но с личностью, как таковой, дело обстоит иначе. Изменения в эмоциональной, когнитивной и нравственной сферах складываются в качественно определенную, патологическую часть личности (Патологический ЛС), контрастную по отношению к существующим нормативным частям. Вместе с тем, этот Патологический ЛС — не стойкий дефект, а вполне динамичное личностное новообразование, не отменяющее уже существующие части личности. Иными словами, еще длительное время после формирования Патологического ЛС ("Я — Алкоголик", "Я — Наркоман") возможна работа с нормативными частями

личности, возможны внутриличностная динамика и радикальное изменение личности в ремиссии и светлом промежутке, преобразование пациента после успешной психотерапевтической работы.

Тем не менее, накопление опыта личностного функционирования в болезни приводит к формированию внутри личности образования, обслуживающего болезнь и алкогольную деятельность. Алкогольная субличность, или ЛС "Я — Алкоголик", постепенно наполняется алкогольными смыслами, ценностными ориентациями, установками, приобретает стереотипы поведения, не свойственные ранее индивиду и во многих отношениях противоположные его прежним стереотипам, присущим нормативным личностным образованиям. Причем последние остаются сохраненными и обнаруживаются в светлых промежутках.

Далее, на развернутых стадиях заболевания происходит дальнейшее углубление противостояния между личностными образованиями, которые обслуживают болезнь, и теми, которые препятствуют алкоголизации. Этот феномен получил название *феномен личностной поляризации*. Особенно отчетливо он определяется у пациентов со сформированной уже до болезни личностью, имеющих раскрытые преморбидные нормативные личностные образования. У пациентов незрелых, с а- и антисоциальной направленностью личности, а также у больных с постоянной формой злоупотребления алкоголем этот феномен менее заметен.

Выделен ряд психологических характеристик, определяемых у пациентов в период доминирования ЛС "Я — Алкоголик".

В сфере восприятия у таких пациентов определяется отчетливая селективность. Больных занимают и приводят в возбуждение преимущественно стимулы, связанные с алкоголем и с их алкогольной деятельностью. В то же время иные, даже очень существенные с позиций нормативного окружения события, оставляют больных безучастными или игнорируются. То же самое относится и к выбору партнеров по общению. Пациенты очень легко распознают других пациентов, находящихся в аналогичном ЛС ("свой — чужой"). Для этого им довольно вступить в непродолжительный контакт, переброситься несколькими фразами. Характерно, что большое значение имеют невербальные коммуникации, особая мимика, взгляд, интонации. Не меньшее значение принадлежит и использованию традиционных жаргонных слов, без которых установление контакта и необходимое взаимопонимание невозможны. Особенно это выступает наглядно при коммуницировании с больными наркоманиями. Те просто прекращают общение, если партнер избегает использовать специфические жаргонные выражения.

В эмоциональной сфере наблюдается ее избыток, если пациент находится в экстазе (интоксикация, синдром отмены). Если же он вне экстаза, в светлом промежутке или в ремиссии, то отмечаются затруднения в эмоциональном реагировании. Такие пациенты напряжены, демонстрируют неприязнь и раздражительность при общении с нормативным микроокружением. При этом они могут сообщать, что внутри них что-то "накапливается". Накопление неотреагированных переживаний в значительной степени объясняется тем, что пациент, оставаясь в Патологическом ЛС, внутренне не соответствует тому образу жизни, который ему приходится вести в светлом промежутке. В связи с этим любой контакт, эмоционально разгружающий пациента, будет способствовать уста-

новлению доверительных отношений и успеху лечения. Эмоциональная скованность пациентов определяется и их опасениями неконтролируемого выхода вовне переживаний.

У большинства обследованных пациентов определялось также и перераспределение так называемых моральных эмоций — вины, стыда и, отчасти, страха. Это проявляется в том, что события и свои поступки, которые в ином ЛС вызывают у них соответствующие переживания, не приводят к аналогичным в "Я — Алкоголик". Стыд, вину и страх пациенты переживают в своих отношениях не с нормативными, а с алкогольными ЗДЛ. Этот феномен может стать основой для микротеста, свидетельствующего о пребывании больного в Патологическом ЛС: при беседе с пациентом намеренно затрагиваются темы, в нормативном статусе вызывающие моральные эмоции. Если соответствующей реакции нет, можно предполагать, что у пациента доминирует "Я — Алкоголик".

По мере прогрессирования заболевания и усиления патологической части личности, у обследованных пациентов определялся сдвиг в сторону внешнего локуса контроля (экстернализация). Они совершенно искренне полагали, что причины их поведения располагаются вне их самих. Внешний локус контроля, как известно, — очень удобная позиция, снимающая с пациента ответственность за собственное поведение.

Способность к волевой активности и мотивационная энергия в ЛС "Я — Алкоголик" также не утрачиваются, а перераспределяются. Они реализуются в ходе самой алкогольной деятельности, когда больные демонстрируют поразительную целеустремленность и способность преодолевать препятствия. В то же время у пациентов определялся так называемый алкогольный дефект деятельности. Сталкиваясь с необходимостью выполнять рутинную нормативную деятельность, они выглядели вялыми, безынициативными, выполняли работу халтурно, не доводили ее до конца, могли нарушить взятые на себя обязательства и т.д. С этим же был связан и присущий данному ЛС дефект целеполагания. Пациенты избегали строить планы на будущее, конкретизировать свои жизненные цели. Использовались аргументы типа "В жизни все может случиться", "Не стоит загадывать наперед", "Мы с вами взрослые люди и не стоит заниматься гаданиями", то есть из алкогольного статуса личности нормативное будущее просматривалось неопределенно.

Такому положению способствовали и особенности психологического времени обследованных пациентов, ранее уже описанные в литературе. К ним относятся закрытость психологического будущего и, в определенной мере, психологического прошлого. Будущее закрыто, поскольку тяжесть болезни постоянно нарастает, последствия все более серьезны и подсознательный прогноз отрицательный. Реализация нормативных жизненных планов маловероятна, сквозная временная транспектива (Ковалев В.И., 1993) отсутствует.

В когнитивной сфере доминируют создаваемые в координатах алкогольного опыта специфические алкогольные смыслы, приобретенные в ходе болезни и придающие обычным вещам и событиям патологическое значение. Формируется алкогольное мышление, связывающее все аспекты жизненного функционирования больного с необходимостью принятия ПАВ. Присутствие пациента в нормативной реальности — лишь видимость. На самом деле он живет в ином, болезненном пространстве — времени.

В ЛС "Я — Алкоголик" формируются и аккумулируются патологические установки, являющиеся обобщением болезненного опыта. Одна из них имеет принципиальное значение для психотерапии. Это установка на неизбежность следующего срыва, следующего эпизода приема ПАВ. Выглядит это как настоящий закон, открываемый пациентом в ходе все менее и менее успешной борьбы с собственной тягой к ПАВ, неспособности выполнять собственные нормативные побуждения.

Формируются и специфические формы психологических защит, оправдывающих собственное алкогольное поведение. Одна из них связана с негативизмом по отношению к нормативному миру ("Мир плохой. Он построен на фальши и лжи. Преуспевают в нем только беспринципные негодяи. Я не собираюсь играть в эти игры. Я поступаю честнее многих — я пью"). Другая наиболее часто выявляемая защита выглядит парадоксально, ибо создает видимость критики собственного заболевания ("Я — плохой. Я — алкоголик. Отстаньте от меня, что вы хотите от больного человека. Я так поступаю, потому что так велит моя болезнь"). Это деструктивные защиты, поскольку они консервируют заболевание и пребывание в патологическом ЛС.

В алкогольном ЛС пациенты отнюдь не являются аморальными. Напротив, они руководствуются четкими ценностными ориентациями, только это алкогольные ориентации. Поэтому, будучи нравственными чудовищами для своего нормативного окружения, они являются высоко-нравственными личностями для своего алкогольного окружения, храня и воплощая его ценности.

Главное, что привносит болезнь в личность пациента, — глубокая дезинтеграция. В период доминирования алкогольного ЛС для пациента недоступны нормативные статусы. Отсюда проистекают нескритичность и анозогнозия. Находясь в нормативном ЛС, он вынужден подавлять алкогольный, что порождает мучительное переживание внутриличностного конфликта.

По мере прогрессирования алкоголизма, доминирующий ЛС "Я — Алкоголик" приводит ко все большему оттеснению на периферию нормативных ЛС, их "сдавению" и деформации. Это потенцируется процессом все более нарастающей социальной дезадаптации. В конечном счете атрофированные нормативные ЛС в сочетании с длительным доминированием алкогольного приводят к деформации личности. К тому, что по традиционным описаниям совпадает с алкогольной деградацией личности.

Находясь в ЛС "Я — Наркоман (Алкоголик)", пациент не представляет себе жизни без употребления ПАВ (алкоголя). Поэтому все переговоры о сроках трезвости — это переговоры с "Я — Алкоголик". Когда к пациенту с доминированием ЛС "Я — Патологическое", обращаются с требованием прекратить употребление ПАВ, то для него это по сути означает "убей себя!". Отсюда психологически понятный отказ от сотрудничества, неадекватность обычной логики, малая эффективность лобовой суггестии. Этим же объясняется опустошенность и депрессия у тех, у кого патологический ЛС удалось разрушить или заблокировать.

Поэтому принципиально важно, чтобы нормативные ЛС постоянно энергетически подпитывались, активизировались в жизнедеятельности пациентов. Из-за постоянной формы пьянства и, тем более, из-за постоянной наркотизации у многих наших пациентов атрофируются соответствующие личностные статусы и в нормативной жизни им буквально трудно найти себя. Недаром в литературе про самосознание наркоманов пишут "опустошен-

ное самосознание". Клинико-психологические исследования показывают, что при употреблении опиатов на протяжении более 5 лет происходит полная идентификация с образом наркомана. Господство в личности патологического самосознания наркомана приводит к угнетению других ЛС и к "опустошенному самосознанию наркомана" (Милютин Е.Л., 1991).

Что же дает для психотерапии проведенный выше анализ компонентов личности?

Диагностика и организация психотерапевтического взаимодействия базируются на уяснении того, как человек развивался, как в онтогенезе перерабатывался его жизненный опыт.

Можно согласиться с мнением, которое уже прозвучало в литературе: в соответствии с психогенетическими представлениями о личности, включающей совокупность качественно различных и относительно автономных ЛС, с личностью следует работать, как с группой.

Ясно, что восстановление способности к саморегуляции, к внутриличностным коммуникациям — одна из важных задач психотерапии. Но даже простая возможность перехода в другой ЛС позволяет человеку по-иному взглянуть на прежние, беспокоящие его проблемы.

Первой основой психотерапии является коммуникация врача и пациента. Для развития мотивации на лечение у больных с зависимостью от ПАВ необходимо актуализировать ту (нормативную) часть личности, в которой и существуют неудовлетворенные потребности. С другой стороны, это означает, что, если такая актуализация невозможна, нормативная часть личности находится в субдоминантном состоянии, доминирует патологическая часть личности, обращение на лечение не состоится, то есть принципиально проблема мотивирования сводится к поиску неудовлетворенных потребности и актуализации ЛС. Вот почему даже простой короткий совет, данный в соответствующей ситуации соответствующим лицом (ЗДЛ), может дать резко положительные результаты.

Обычно исходят из того, что оба участника коммуникативного психотерапевтического процесса мотивированы для взаимодействия. Но это вовсе не очевидно. Врачу очень не просто добиться адекватного взаимодействия ЛС с пациентом. Возможно именно в этом результаты психотерапевтических неудач, сопротивление больных, нестойкость психотерапевтических результатов.

Успешное взаимодействие с пациентом возможно тогда, когда психотерапевт устанавливает контакт и осуществляет свои интервенции через соответствующие сферы личности, приспособленные для взаимодействия с ЗДЛ. Корректирующие воздействия также могут быть осуществлены с прямым вовлечением ЗДЛ. Оптимальной является такая психотерапевтическая ситуация, когда психотерапевт становится для пациента одним из нормативных ЗДЛ. Он должен уметь распознавать запросы пациента, обладать необходимыми ресурсами и быть в состоянии их актуализировать и передавать. Однако более детальный анализ психотерапевтических следствий из психогенетической модели личности выходит за рамки настоящей статьи.

Заключая, можно сделать вывод о становящемся все более отчетливым векторе развития современной медицины и психотерапии в частности. Он заключается во все более широком применении технологии работы не с изолированным пациентом, а с пациентом в контексте его социального окружения, прежде всего семейного и профессионального.