

**Внимание!**

*Тексты, представленные в этой брошюре, не являются рекомендованной литературой АА.*

# *Библиотека Анонима*

**Подборка статей по  
медицинским аспектам  
проблемы алкоголизма  
и прочих зависимостей**

**Группа «Контакт»  
Одесса, 2003г.**

## Содержание

<b>Р.КОЧЮНАС. ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ .....</b>	<b>2</b>
<i>5. 12. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ АСОЦИАЛЬНЫХ     ЛИЧНОСТЕЙ .....</i>	<i>2</i>
<b>Б.В.ЗЕЙГАРНИК ПАТОПСИХОЛОГИЯ.....</b>	<b>8</b>
<i>3. НАРУШЕНИЕ СТРУКТУРЫ ИЕРАРХИИ МОТИВОВ.....</i>	<i>8</i>
<b>В.Н.ДРУЖИНИН ВАРИАНТЫ ЖИЗНИ .....</b>	<b>14</b>
<i>"ЖИЗНЬ ЕСТЬ СОН" .....</i>	<i>14</i>

## **Р.Кочюнас. ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ**

### **5. 12. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ АСОЦИАЛЬНЫХ ЛИЧНОСТЕЙ**

Асоциальность — это одно из самых сложных и прогностически неблагоприятных личностных расстройств, которые проявляются не столько различными симптомами, сколько нарушением поведения. Прежде это нарушение диагностировалось как "психопатическая личность" или "социопатическая личность" (термины, еще и теперь встречающиеся в литературе). Социопаты плохо социализированы, они живут во имя удовлетворения своих инстинктивных потребностей, не обращая внимания на нормы морали, требования общества, поэтому склонны постоянно нарушать правила и законы общежития, не считаясь с возможным наказанием.

Асоциальную личность не следует смешивать с лицом, ведущим себя асоциально вследствие внутренних невротических конфликтов. Невротик переживает вину из-за своего поведения, что абсолютно чуждо асоциальной личности.

Хотя признаки асоциального поведения могут проявиться задолго до отроческих лет, именно в юности асоциальность особенно заметна и выражается в агрессивности, беспорядочном сексуальном поведении и механическом взгляде на секс, в склонности к употреблению **алкоголя** и наркотиков.

Консультант должен знать, что асоциальная личность — это не просто другой человек. Она кардинально отличается от других — отношением к себе и другим людям, целями жизни. MacKinnon и Michols (цит. по: Kennedy, 1977) указывают:

"Асоциальная личность смотрит на других людей как на источник опасности или наслаждения, не обращая внимания на их безопасность, удобства, удовольствия. Она переживает собственные побуждения как неотложные и неумолимые, откладывая реализацию которых или замена чем-либо другим немислимы. Удовлетворение побуждений ведет к распущенности, состоянию

пресыщения, но не к переживанию счастья с присущим ему чувством повышения самоуважения".

Асоциальная личность нетерпелива, ориентирована на сиюминутное удовольствие, руководствуется непосредственными побуждениями и не в состоянии терпеть задержку в удовлетворении потребностей. Она может украсть потому, что в данный момент не имеет с собой денег или просто не хочет утруждать себя получением желаемого законным способом. От асоциальных действий не удерживает и угроза наказания. Импульсивности в удовлетворении потребностей сопутствуют приступы агрессивности в ситуациях фрустрации. Из-за отсутствия эмпатии агрессивным реакциям бывают свойственны жестокость, даже садизм.

Асоциальная личность не способна завязывать тесные межличностные отношения. Дружба требует от людей чуждых ей качеств. Асоциальные индивиды могут только брать от других, но ничем не хотят жертвовать, и это порождает семейные неурядицы. Они ориентируются исключительно на себя и не воспринимают других людей как имеющих права и чувства. Другие люди для них только средство достижения собственных целей. Асоциальная личность нередко паразитирует на окружающих, используя свою внешнюю привлекательность. В силу перечисленных причин консультанту трудно проявлять эмпатию к таким клиентам, а их неспособность установить близкие и осмысленные отношения препятствует получению пользы от консультирования и психотерапии. Однако, принимая во внимание бесконечную мелочность чувств асоциальной личности, консультант не должен поспешно обвинять себя, когда не удастся наладить с ней эмоциональный контакт.

Асоциальные личности редко попадают к консультанту по собственному желанию. Обычно их направляет школа или другие организации, поэтому консультанту сначала следует выяснить причины прихода клиента на консультирование. Устанавливать контакт с асоциальными клиентами, как упоминалось выше, очень трудно, потому что они привносят свой повседневный стиль жизни и общения в консультирование. С самого начала консультирования такие клиенты имеют склонность обманывать консультантов, особенно неопытных, своим внешним обаянием и мнимой доброжелательностью, умением подольститься. Консультант в стремлении помочь может перестараться и сделаться объектом манипуляции клиента. В этом смысле для неопытного консультанта асоциальная личность представляет опасность.

По мнению Coleman (1964; цит. по: Kennedy, 1977), асоциальная личность имеет склонность избегать ответственности за неприемлемое поведение за счет рационализации и перекладывания вины на других (проекция). Продолжительное общение с таким человеком всегда начинает вызывать неудовлетворенность, напряжение и раздражение.

При работе с асоциальными клиентами консультанту очень важно в любой момент идентифицировать свои чувства и полагаться на них, потому что это единственное средство избежать манипуляций со стороны клиента и выполнять работу, не обращая внимания на большие трудности.

#### 5. 13. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

**Алкоголизм** — это одна из важнейших социальных проблем современности, одна из труднейших медицинских проблем и, наконец, одна из самых трудно разрешимых проблем психологической и психотерапевтической помощи.

Существует немало определений **алкоголизма**. Одни полагают, что **алкоголизм** можно диагностировать, когда употребление **алкоголя** нарушает здоровье и

становится необходимым для поддержания нормальной активности. Другие относят **алкоголизм** к личностным нарушениям, проявляющимся в физической и психической зависимости. Третьи называют **алкоголизмом** потребление **алкоголя**, которое влечет за собой проблемы в отношениях с членами семьи, родственниками, друзьями, сослуживцами, противоправные действия при невозможности бросить пить. В последнем случае абсолютное количество употребляемого **алкоголя** не столь важно.

Причины **алкоголизма** пытаются объяснить по-разному, и окончательного объяснения не существует. Обычно выделяют социальные, биологические и психологические причины. Биологические причины видят в особенностях метаболизма индивида — некоторые люди слишком чувствительны к **алкоголю**. Другие, наоборот, отличаются повышенной толерантностью, потребляют чрезмерные дозы спиртных напитков и становятся **алкоголиками**. Хорошо известен факт, что дети **алкоголиков** чаще страдают **алкоголизмом**, а это указывает на важность генетических факторов. Те, кто подчеркивает биологические причины в происхождении **алкоголизма**, предпочитают лечить его фармакологическими средствами. Однако лекарственное лечение неэффективно.

Психологические причины **алкоголизма** усматривают в попытках индивида решать личные проблемы с помощью одного из самых доступных средств — **алкоголя**. Поскольку спиртные напитки действительно помогают временно уменьшать эмоциональное напряжение, употребление **алкоголя** может стать привычным средством снятия стрессов. Постепенно для достижения желаемого результата требуются все большие дозы. С увеличением количества **алкоголя** и частоты его употребления возникают типичные расстройства: мышление становится ограниченным, замедляются физические реакции, портятся отношения с людьми. Новые проблемы значительно серьезнее тех, ради избавления от которых потребовался **алкоголь**. Исследования личности **алкоголиков** показывают, что большинство из них эмоционально незрелы, зависимы от других и пассивны. Из-за низкого порога тревожности они постоянно испытывают потребность в ее уменьшении. К употреблению **алкоголя** побуждает и то, что он облегчает проявление чувств, в том числе враждебных, сексуальных и др., которое в обычном состоянии бывает затруднено. **С другой стороны, после эпизодов интенсивного пьянства нередко появляется чувство вины, и желание избавиться от дурного настроения вновь побуждает к употреблению алкоголя.**

Выдвижение на первый план психологических факторов обусловлено признанием приоритета психотерапевтической помощи при **алкоголизме** перед биологической терапией. Однако выбор способов конкретной помощи **алкоголику** зависит от осведомленности консультанта в проблеме **алкоголизма**, от его взгляда на этиологию **алкоголизма** и личность **алкоголика**. Например, консультант бывает отягощен отрицательными переживаниями в связи с **алкоголизмом** родителей или сам злоупотреблял **алкоголем**, и это оказывает влияние на его установки. Он может испытывать антипатию к **алкоголику** и не видеть в нем человека. Отсутствие сочувствия не позволит установить с клиентом продуктивный консультативный контакт. В таких случаях, конечно, следует отказаться от работы, потому что для успешного консультирования необходимо за отталкивающим и деструктивным поведением **алкоголика** все же увидеть лицо человека. Консультант обязан осознать свое отношение к **алкоголизму** и истоки возникновения этого отношения.

Стратегия и тактика работы консультанта во многом обусловлены пониманием причин **алкоголизма**. Bird (1973) исчерпывающе описал варианты такой обусловленности.

Некоторые консультанты **алкоголизм** понимают как вредную привычку, порок, слабость характера. Серьезной причины для выпивки вроде и нет — просто пьют потому, что нравится, недостает воли, кто-то расстроил или рассердил, невозможно противиться влиянию друзей, или просто потому, что так уж получилось. Консультант при таком подходе прямо говорит клиенту, что он думает об **алкоголиках** вообще и конкретно о клиенте, а также разъясняет, что тот должен делать. Разумеется, следует перестать пить, больше времени уделять семье, работе, найти хобби и т.п. Иногда наставления имеют хороший непосредственный эффект — клиент перестает пить и начинает "новую жизнь". Однако необходимо помнить, что **алкоголику** не представляет труда на некоторое время бросить пить. Он бросает пить десятки и сотни раз по самым разным причинам. Иногда происходит совпадение с "воспитательными" усилиями консультанта, и перерыв в питье бывает довольно продолжительным. Если выпивкам клиента сопутствует острое чувство вины, усилия консультанта могут уменьшить переживания и потребность в выпивке тоже значительно уменьшится. Следовательно, поучения и морализация в работе с **алкоголиками** — не всегда пустая трата времени. Тем не менее проблема остается — спустя какое-то время клиент, как правило, начинает пить снова.

Консультанты, которые видят причины пьянства в жизненных заботах, в стремлении убежать от трудной и болезненной реальности, всю свою энергию направляют на раскрытие трудностей и проблем, избегаемых клиентом. И большинство **алкоголиков** охотно говорят о своих трудностях — тяжелом, бездомном детстве и отрочестве, неудавшемся браке, проблемах на работе и т.п. Это нередко вызывает сочувствие, даже желание конкретно помочь (дать денег, что-нибудь купить, найти жилье). Добродетельность консультанта порой приносит хороший непосредственный эффект, однако обычно не надолго. Консультант должен быть любезен с клиентом, однако не мягкосердечен, поскольку очень легко можно стать жертвой манипуляций клиента, ведь **алкоголики** отличаются умением вызывать сочувствие, привлекать на свою сторону и таким образом удерживать консультанта на безопасном расстоянии.

Усматривая причины **алкоголизма** единственно в жизненных трудностях, мы часто не затрагиваем существенный фактор - внутренние конфликты, страх перед самим собой. Услужливость и благотворительность без понимания внутреннего состояния клиента вредят ему — увеличивают чувство вины, тревожность и тем самым побуждают к новым эпизодам пьянства.

В чем состоит выход? Прежде всего консультанту следует иметь в виду, что некоторым **алкоголикам** вообще нельзя помочь. Важно также мнение консультанта об **алкоголике**. Многие **алкоголики** чувствительны к критике, они принимают защитную позу и становятся скрытными. **Алкоголик** в такой же мере достоин уважения, как любое человеческое существо. В беседе надо помочь ему понять самого себя. Большинство **алкоголиков**, несмотря на чувствительность к критике, имеют низкий уровень самооценки, вплоть до самоуничтожения. **Безмерное пьянство по крайней мере отчасти отражает ненависть к себе и стремление к саморазрушению.** Консультанту необходимо обратить внимание на сексуальную сферу **алкоголика**. Большим **алкоголизмом** присущи страхи по поводу половой потенции и вообще полноценности своей половой жизни.

Поскольку **алкоголик** много времени проводит в однополном обществе, у него могут возникать страхи из-за мастурбации или гомосексуальных побуждений.

Раскрыть содержание своего внутреннего мира **алкоголику** не легко и даже рискованно. Клиент, столкнувшись с фактом, что его страхи, тайны половой жизни доступны постороннему человеку, может почувствовать себя обнаженным, испытывающим нападение и начинает агрессивно реагировать на консультанта, а затем пьянствовать еще интенсивнее.

Как ни парадоксально, но сходным образом **алкоголик** воспринимает поверхностный подход консультанта, попытку избежать обсуждения острых вопросов и отказ от проникновения в его внутренний мир. Консультант по существу оказывается в безвыходном положении — что бы он ни делал, все заканчивается одним результатом — возвращением клиента к **алкоголю**. Это ранит профессиональное самолюбие и является одной из главных причин, почему многие консультанты и психотерапевты отказываются помогать **алкоголикам**.

В работе с **алкоголиками**, по мнению Bird (1973), консультант должен учитывать две важные вещи. Во-первых, следует отказаться от профессиональной напыщенности, т.е. не думать о своей силе и власти над клиентами и не подразумевать их бесконечную благодарность, перестать кичиться своими успехами. Иначе говоря, не надо "надувать" пузырь своего тщеславия — "Вот какой я!". Во-вторых, следует яснее осознать склонность **алкоголиков** поддерживать и еще больше раздувать "пузырь" консультанта, чтобы потом "взорвать" его. Если консультант знает об этом, для него значительно менее болезненны попытки клиента подорвать его самолюбие, а кроме того, он спокойнее будет реагировать на заискивания клиента, усматривая в них лишь способ сопротивления консультированию, а следовательно, продолжение саморазрушения.

Консультант должен учитывать деструктивность **алкоголика** по отношению к самому себе. **Спротивляясь консультанту, алкоголик избегает самопонимания.** Поскольку самодеструктивная тенденция составляет чуть ли не суть проблемы **алкоголизма**, надо всячески выставлять ее перед клиентом. Не осознав стремления к саморазрушению, клиент не поймет причины своего пристрастия к **алкоголю**. Очень важно, как говорить об этом. **Алкоголик** и сам знает, что он разрушает семью и жизнь близких. Подчеркивать следует умышленный, хотя и неосознанный характер стремления, отчасти выражающегося в сопротивлении усилиям консультанта. Консультант должен не только объяснить смысл теперешних действий клиента, но и предсказать его поведение после прекращения консультирования и чем все кончится. Предвидение, основанное на реалиях жизни клиента, предоставит ему определенную точку отсчета — когда многое из того, о чем говорил консультант, начнет сбываться, клиент сможет спокойнее посмотреть на свое прошлое без излишней озлобленности и вины. Подобная тактика консультанта гораздо эффективнее, чем морализирование.

Работая с **алкоголиком**, консультант должен учитывать некоторые принципы:

- *во-первых, консультирование может происходить, только когда клиент не пьет. Пьющему клиенту помочь невозможно;*
- *во-вторых, контакт с клиентом-**алкоголиком** довольно амбивалентен, поскольку зависимость от консультанта смешивается с враждебным, манипулятивным отношением к нему. Консультанту приходится усиливать зависимость клиента от себя, заменяя ею зависимость от **алкоголя**, которую **алкоголик** склонен отрицать. Он думает, что может*

контролировать как свое пьянство, так и жизнь вообще, хотя в действительности все наоборот;

- в-третьих, консультант обязан разобраться в своих реакциях к переносу по отношению к клиенту. При работе с **алкоголиками** нередко возникает чувство безнадежности, поскольку кажется, что вложенные усилия бесполезны. Консультант должен четко понимать, что он не в силах остановить пьянство **алкоголика**. Он может лишь помочь **алкоголику** стремиться к трезвости, но не способен заставить его бросить пить. Клиент только собственными усилиями может полностью освободиться от пьянства. Понимая действительность, консультант должен установить допустимые пределы проступков клиента и условия, при соблюдении которых возможно консультирование. Если условия не будут приняты, консультирование необходимо прекратить, но все же оставить открытой дверь для возвращения клиента.

Пожалуй, наилучших результатов в помощи **алкоголикам** достигло распространенное во всем мире движение "Анонимные **алкоголики**" (АА), опирающееся на программу 12 шагов. Bird (1973) считает, что программа АА затрагивает самую сердцевину проблем **алкоголика** — страх перед собой. Часто **алкоголик** свою установку относительно помощи выражает словами: "Вы не сможете мне помочь. Я пью каждый день, потерял работу, меня оставили жена и дети". Этим он хочет подчеркнуть свое падение и деструктивность, а главное — сказать, что простой смертный не способен ему помочь. Участники АА не убеждают пришедшего **алкоголика**, что в его поведении нет ничего страшного и такова уж его судьба, что среди них он станет новым человеком. Наоборот, они пытаются уничтожить последние иллюзии и говорят: "Посмотри на нас. Вот он начал пить в четырнадцать лет и три раза сидел в тюрьме, а этот поменял двадцать мест работы, и жена не только оставила его, но и покончила с собой". Таким образом **алкоголику** возвращается чувство реальности, уничтожаются последние иллюзии, но вселяется и надежда, что, даже будучи падшим человеком, что-то можно изменить, если признать себя неизлечимым больным. АА не навязывают свою помощь, **алкоголик** должен прийти сам и попросить помощи. Чтобы это произошло, необходимо достичь предела падения, который у каждого различен, оказаться в кризисе, когда становится понятно, что проблема внутри, что ты стал рабом **алкоголя** и без посторонней помощи не выкарабкаешься. АА готовы помочь в любом случае, независимо от глубины падения.

Очень важный терапевтический фактор программы АА — требование к новичку больше говорить о себе, особенно о том, какой он плохой. Такое обнажение позволяет ему выразить чувство вины, высказать накопившееся годами, о чем не осмеливался говорить и в чем боялся признаться даже себе. Здесь существенен не столько факт возможности высказаться, сколько отсутствие попыток осуждения, ведь никто не стремится казаться лучше. Это дает огромную уверенность в своих друзьях по несчастью.

Очень важный пункт программы АА — возврат к вере в Бога, "насколько я Его понимаю". Это помогает избавиться от самой глубокой тревожности.

Программа АА позволяет также возобновить межличностные контакты, которые в бывшей жизни **алкоголика** обычно бессодержательны и однообразны.

Часто трудно объяснить, почему присоединившиеся к АА перестают употреблять **алкоголь**. Полагают, что это происходит по причине идентификации с себе подобными. Признавая в других те же самые проблемы, легче вести себя

сходным образом, а также глубже заглянуть в себя. В эффективности АА существенно обстоятельство, что член АА остается непьющим, пока помогает другим, прилагает усилия ради других. Укрепляя других, вновь прибывших, он сам набирается сил.

## **Б.В.Зейгарник** **ПАТОПСИХОЛОГИЯ**

### **3. НАРУШЕНИЕ СТРУКТУРЫ ИЕРАРХИИ МОТИВОВ**

На современном этапе исследований мы не можем предложить какую-нибудь жесткую устоявшуюся классификацию личностных нарушений. Поэтому мы остановимся на тех личностных изменениях, анализ которых можно провести в наиболее разработанных в советской психологии теоретических понятиях, к которым следует отнести понятие деятельностного, системного подхода. Анализ деятельности, как об этом неоднократно писал А. Н. Леонтьев, должен производиться через анализ изменения мотивов.

До сих пор изменение мотивов исследовалось психологами либо в ходе онтогенетического развития ребенка, либо оно вызывалось экспериментально [40; 172]. Однако изменение мотивов мы часто наблюдаем у людей, страдающих разными формами психических заболеваний. Психологический анализ этих мотивационных изменений и является, на наш взгляд, адекватным способом исследования личности больного человека. Кроме того, и это особенно значимо, патологический материал дает в некоторых случаях возможность не только проанализировать изменения мотивов и потребностей, но и проследить процесс формирования и коррекции этих изменений.

Такое прослеживание требует уточнения тех основных характеристик мотивов, на которые психологический анализ может опираться. К таким характеристикам относится их опосредованный характер и иерархичность их построения.

А. Н. Леонтьев указывает на тесную связь мотивов и потребностей. Подчеркнув, что анализ потребностей может быть проведен через раскрытие их предметного содержания, он указывает, что "это преобразует психологическую проблему потребностей в проблему мотивов деятельности". А это означает признание сложного отношения мотивов с разными потребностями, признание их иерархического построения.

Усложнение мотивов, их опосредование и иерархическое построение начинаются у ребенка уже в дошкольном возрасте и происходят дальше в течение всей жизни: мотивы теряют свой непосредственный характер, они начинают опосредоваться сознательно поставленной целью, происходит подчинение одних мотивов другим. Например, желание овладеть какой-нибудь профессией как общий мотив поведения включает в себя целый ряд частных: овладеть нужными знаниями, усвоить определенные навыки и многое другое. Каждая из этих целей в свою очередь разбивается в реальной деятельности на ряд более мелких, которые и определяют в каждом конкретном случае поведение человека. Поэтому деятельность человека отвечает всегда не одной, а нескольким потребностям и соответственно побуждается несколькими мотивами. Однако в конкретной человеческой деятельности можно выделить ведущий мотив. Именно он придает всему поведению определенный смысл.



Наличие ведущих мотивов не устраняет необходимости мотивов дополнительных, непосредственно стимулирующих поведение, однако без ведущих мотивов содержание деятельности лишается личностного смысла. Именно этот ведущий мотив обеспечивает возможность опосредования и иерархии мотивов. Иерархия мотивов является относительно устойчивой и этим обуславливает относительную устойчивость всей личности, ее интересов, позиций, ценностей. Патологический материал позволяет проследить закономерности изменения мотивационной сферы человека, которые приводят к смене позиций, интересов, ценностей личности. Как нам кажется, наиболее отчетливо эти закономерности можно обнаружить у больных психическими заболеваниями, при которых процесс нарушения мотивов, установок и ценностей происходит достаточно развернуто, позволяя проследить его отдельные этапы. Одной из адекватных моделей для анализа оказались нарушения личности, выступающие при хроническом **алкоголизме** [42].

В качестве методического приема в этой работе был применен предложенный нами в 1965 г. метод психологического анализа истории болезни в их сопоставлении с данными экспериментально- психологических исследований. При таком подходе имеют место две группы фактов: одна из них касается нарушения иерархии мотивов, другая — способа формирования новой потребности (патологической).

Прежде чем провести анализ этих фактов, приведем в качестве иллюстрации данные истории болезни одного больного, предоставленные Б. С. Братусем.

Больной Г., 1924 г. рождения, диагноз: хронический **алкоголизм** с деградацией личности (доктор Г. М. Энтин).

В детстве рос и развивался нормально. Был сообразительным ребенком, любил читать. В школе — с 8 лет, учился отлично. По характеру — общительный, жизнерадостный. Учась в школе, одновременно занимался в студии самодеятельности при Доме пионеров. Выступал в клубах, на школьных вечерах. С 1943 г. служил в армии. Серьезных ранений и контузий не имел. После войны Г. становится актером гастрольного драматического театра. Исполняя заглавные роли, пользовался успехом у зрителей. Потом перешел в областную филармонию на должность актера-чтеца. Больной имел много друзей, был "душой компании". Женат с 1948 г., детей нет.

**Алкоголь** употребляет с 1945 г. Сначала пил редко, по праздникам, в компании. С 1951 г. стал пить чаще. Изменяется характер: Г. делается раздражительным, придирчивым к окружающим, прежде всего к родным, циничным, грубым. В 1952 г. от большого уходит жена из- за злоупотребления им **алкоголем**. Вскоре он женился вторично.

Меняется отношение к работе. Если раньше, по словам Г., каждый концерт "был праздником", то теперь является на концерт в нетрезвом состоянии. Получил за это строгий выговор с предупреждением.

Изменился и характер выпивки: больной отошел от прежних друзей, в большинстве случаев пьет один. Пропивает всю зарплату, не дает денег семье, наоборот, берет у жены деньги "на опохмеление". Летом 1952 г. пропил свою шубу.

В 1958 г. по совету жены обратился к психиатру с просьбой полечить его от **алкоголя**. Но, не дождавшись начала лечения, запил. По настоянию жены вторично обратился к психиатру и был направлен в больницу им. П. Б. Ганнушкина. На приеме больной откровенно рассказывает о себе, просит помочь.

Подавлен обстановкой в отделении, настаивает на скорой выписке, обещает бросить пить.

После выхода из больницы Г. увольняется из областной филармонии, получает направление на работу в другую. Но туда больной не поехал — запил. Дома устраивал скандалы, требовал денег на водку. Пропил платья жены и ее матери. Для прерывания запоя стационарировался повторно в больницу им. П. Б. Ганнушкина. На этот раз у Г. нет полной критики к своему состоянию — обвиняет в своем пьянстве жену, обстоятельства.

После выписки Г. сменил профессию — стал шофером. Вскоре начал употреблять **алкоголь**. В 1954 г. от Г. уходит вторая жена — он остался один. В состоянии опьянения появились устрашающие галлюцинации, испытывал страхи. С этой симптоматикой был вновь направлен в 1955 г. в психиатрическую больницу им. П. Б. Ганнушкина. В отделении ничем не занят. Круг интересов сужен, не читает газет, не слушает радио. Понимает вред **алкоголизма**, но находит "объективные" причины каждому запоя.

После выхода из больницы Г. опять запил. Поступления в больницу учащаются. Всего за период с 1953 по 1963 г. он поступал в больницу 39 раз, каждые 2-3 месяца.

С трудом устраивается на работу грузчиком, откуда 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 пропивает с себя вещи. В 1958 г. пропил одежду, которую на свои деньги купил для него районный психиатр. В состоянии опьянения циничен, агрессивен, устраивает скандалы на улице.

Пребыванием в больнице не тяготится. Требуя к себе уважения, самооценка завышена: считает, что имеет актерский талант, что он незаурядный человек. Груб с персоналом больницы, с лечащим врачом держится без чувства дистанции. В отделения ничем не интересуется, общается избирательно, предпочитая группу больных — **алкоголиков** и психопатов. При последнем поступлении в 1963 г. разлагающе влияет на других больных, убеждает их сразу же после выписки начать пить водку, настраивает против персонала.

Приведенные данные показывают, как происходило изменение личностной сферы больного. До болезни — это активный человек художественного склада, живой, общительный. Еще в школе он занимался художественной самодеятельностью, а после войны становится актером, пользуется успехом у зрителей, имеет много друзей.

В результате пьянства меркнут эти интересы. Работа актера перестает "быть праздником", становится лишь обязанностью, больной отходит от друзей, семьи. Изменяются и характерологические черты больного: делается раздражительным, придирчивым к окружающим, прежде всего к родным, циничным, грубым.

Перестает следить за собой. Если раньше любил хорошо одеваться, быть в компании друзей, то теперь неряшлив, пьет один. Меняется и объективная жизненная позиция больного. В прошлом актер, теперь Г. с трудом устраивается на работу грузчиком, всякий раз его увольняют за пьянство. Иным становится моральный облик больного. Чтобы добыть деньги на водку, он крадет платья жены, пропивает одежду.

За годы болезни изменяется и поведение Г. в больнице. Если при первых поступлениях он удручен своим состоянием, критичен к себе, просит помочь, то в дальнейшем критика становится частичной, наконец, полностью исчезает. Больной не тяготится частым пребыванием в психиатрической больнице, в

отделении ничем не интересуется, груб с персоналом, самодоволен, отговаривает других больных от лечения.

Из данных истории болезни мы видим снижение личности до полной ее деградации. Б. С. Братусь правильно указывает, что это снижение идет в первую очередь по линии изменений в сфере потребностей и мотивов, разрушения преморбидных установок, сужения круга интересов. Экспериментально-психологическое исследование не обнаруживает грубых изменений познавательных процессов: больной справляется с заданиями, требующими обобщения, опосредования (классификации объектов, метод исключений, пиктограмма). Однако вместе с тем при выполнении экспериментальных заданий, требующих длительной концентрации внимания, умственных усилий, быстрой ориентации в новом материале, отмечается недостаточная целенаправленность суждений больного, не критичность: больной не всегда замечает допущенные им ошибки, а главное, не реагирует на исправления и замечания экспериментатора, легковесно их отмечает и не руководствуется ими в дальнейшей работе.

В опыте на выявление "уровня притязаний" обнаруживается завышенная самооценка; вместе с тем кривая выбора заданий по сложности носит лабильный характер: переживание успеха и неуспеха у больного не выступает.

Как говорилось в начале главы, анализ историй болезни мог оказаться пригодным для выделения двух вопросов: а) вопроса о формировании патологически измененной потребности, б) вопроса о нарушении иерархии мотивов.

Начнем с первого вопроса. Понятно, что принятие **алкоголя** не входит в число естественных потребностей человека и само по себе не имеет побудительной силы. Поэтому вначале его употребление вызывается другими мотивами (отметить день рождения, свадьбу). На первых стадиях употребление **алкоголя** вызывает повышенное настроение, активность, состояние опьянения привлекает многих и как средство облегчения контактов. Со временем может появиться стремление вновь и вновь испытать это приятное состояние: оно может начать опредмечиваться в **алкоголе**, и человека начинают привлекать уже не сами по себе события (торжество, встреча друзей и т.п.), а возможность употребления **алкоголя**, он начинает побуждать самостоятельную деятельность, и тогда уже сами события становятся поводом. Происходит тот процесс, который А. Н. Леонтьев назвал "сдвиг мотива на цель", формируется новый мотив, который побуждает к новой деятельности, а следовательно, и новая потребность (в **алкоголе**). Сдвиг мотива на цель ведет за собой осознание этого мотива, так как по отношению к деятельности мотив играет смыслообразующую роль. Принятие **алкоголя** приобретает определенный личностный смысл. Таким образом, механизм зарождения патологической потребности — общий с механизмом ее образования в норме. Однако болезнь создает иные, чем в нормальном развитии, условия для дальнейшего ее формирования.

Небезразличным является, очевидно, для всей дальнейшей деятельности человека содержание этой вновь зарождающейся потребности. В данном случае оно (т.е. это содержание) противоречит общественным нормам.

Задачи и требования общества, связанные в единую систему и воплощенные в некоторый нравственный эталон, перестают выступать для таких больных в качестве побудителя и организатора поведения. А так как в зависимости от того, что побуждает человека, строятся его интересы, переживания и стремления, изменения в содержании потребностей означают собой и изменения строения личности человека.

У больных меняется не только содержание потребностей и мотивов, меняется их структура: они становятся все менее опосредованными. Л. И. Божович [40] с полным правом говорит о том, "что потребности различаются не только по своему содержанию и динамическим свойствам (сила, устойчивость и пр.), но и по своему строению: одни из них имеют прямой, непосредственный характер, другие опосредованы целью или сознательно принятым намерением". У описываемой группы больных побуждение приводит прямо и непосредственно к действиям [40, 138].

Только в том случае, когда потребность становится опосредованной (сознательно поставленной целью), возможно сознательное управление ею со стороны человека. У больных отсутствует, как мы говорили выше, возможность опосредования сознательной целью, поэтому их потребности неуправляемы — они приобретают строение влечений.

Из общей психологии мы знаем, что опосредованность потребностей, мотивов связана с их иерархическим построением. Чем больше опосредован характер мотивов и потребностей, тем выраженнее их иерархическая связь. На эту закономерность указал в свое время и К. Левин, когда писал, что замещающее действие может проявиться, если мотивы иерархически построены (в терминологии К. Левина речь шла о "коммуникации квазипотребностей"). В этих случаях не происходит жесткой фиксации на средстве удовлетворения потребности.

Мы видим из историй болезни, как под влиянием **алкоголизма** у больных разрушается прежняя иерархия мотивов. Иногда у больных проявляется желание работать, стремление к общению с прежними друзьями, большой совершает какие-то действия, руководствуясь прежней иерархией мотивов, но все эти побуждения не носят стойкого характера. Главенствующим мотивом, направляющим деятельность больного, становится удовлетворение потребности в **алкоголе**. Перестройка иерархии мотивов больных особенно ярко проявляется в способе удовлетворения потребности в **алкоголе** и способе нахождения средств для ее удовлетворения.

Начинает выделяться ряд вспомогательных действий. На выполнение этих действий уходит со временем вся сознательная активность больного. В них отражается новое отношение к окружающему миру; это ведет к новым оценкам ситуаций, людей. С полным правом Б. С. Братусь подчеркивает, что со временем все проблемы начинают разрешаться через **алкоголь**, с его помощью, и **алкоголь** становится смыслообразующим мотивом поведения [40].

По мере того как в ходе болезни **алкоголь** становится смыслом жизни, прежние установки, интересы отходят на задний план. Работа перестает интересовать больных — она нужна только как источник денег. Семья из объекта забот становится тормозом на пути удовлетворения пагубной страсти. Здесь мы имеем дело с центральным пунктом личностной деградации, а именно с постепенным нарушением прежней, до болезни сложившейся иерархии потребностей мотивов и ценностей и формированием взамен ее новой иерархии. Оттесняются и разрушаются высшие потребности и установки личности. Как отражение этого процесса сужается круг интересов. Больные становятся инактивными, теряют свои прежние социальные связи с миром, ибо измененная **алкоголем** личность становится неадекватной этим связям. Поэтому и профессиональная линия больных снижается, и это изменение обусловлено в первую очередь не интеллектуальной деградацией, а изменением мотивов личности.

Изменение иерархии и опосредованности мотивов означает утерю сложной организации деятельности человека. Деятельность теряет специфически человеческую характеристику: из опосредованной она становится импульсивной. Исчезают дальние мотивы, потребность в **алкоголизме** переходит во влечение, которое становится доминирующим в жизни больного.

Изменения мотивационной сферы больных были обнаружены и в экспериментально-психологическом исследовании. Совместно с Б. С. Братусем мы провели сравнительное экспериментально-психологическое исследование больных с **алкогольной энцефалопатией** (II-III стадии **алкоголизма**, по А. А. Портнову) и больных с травматической энцефалопатией (больные, перенесшие тяжелую черепно-мозговую травму с массивными субарахноидальными кровоизлияниями, внутримозговыми гематомами, очагами ушибов различной, преимущественно конвексительной локализации). Характер нарушений познавательной деятельности обеих групп был схож. В ряде методик — счет по Крепелину, отыскивании чисел, корректурной пробе — можно было проследить общую для обеих групп больных динамику колебаний внимания, истощаемости психических процессов. В классификации предметов, исключении предметов, простых аналогиях и других методиках обнаруживалась недостаточность понимания абстрактных связей и отношений между предметами.

Однако при сходстве изменений познавательной деятельности уже в самом процессе экспериментального исследования выступили различия в поведении обеих групп больных. Больные с травматической энцефалопатией, как правило, интересовались оценкой своей работы, реагировали на замечания экспериментатора. Хотя больные стали после травмы более раздражительными, нередко вспыльчивыми, грубых нарушений структуры личности выявить не удалось. У них обнаружилась адекватная самооценка; под влиянием успешного или неуспешного решения задач у больных вырабатывался уровень притязаний,

Больные хроническим **алкоголизмом**, наоборот, в большинстве случаев были равнодушны к исследованию, не стремились исправить своих ошибок. Порой ошибочные решения проистекали не из-за собственно интеллектуального снижения, а из-за отсутствия отношения к исследованию. Нередко поведение больных хроническим **алкоголизмом** напоминало поведение больных с поражениями лобных долей мозга, как оно описано в работах Б. В. Зейгарник, А. Р. Лурии, С. Я. Рубинштейн. Однако не критичность больных хроническим **алкоголизмом** имеет иную структуру, чем при лобных синдромах. Она более избирательна, сочетается с агрессией по отношению к тому, что мешает удовлетворению их патологической ведущей потребности. Некритичность "лобных" больных сочетается с беззаботностью, спонтанностью. Глубокие изменения личности больных хроническим **алкоголизмом** проявились и в специальных исследованиях. Они обнаруживали повышенную самооценку, некритично переоценивали свои возможности, оспаривали оценку экспериментатора.

Таким образом, проведенный анализ изменений опосредованности и иерархии мотивов показывает, что они не выводятся непосредственно из нарушений мозга, а проходят длинный и сложный путь формирования, при котором действуют механизмы, во многом общие с механизмами нормального развития мотивов.

Подобный факт изменения личности чрезвычайно важен: он показывает правильность теоретических положений советской психологии, а именно, во-первых, социальные потребности формируются *прижизненно*, что для их формирования нужны определенные условия и, во-вторых (и это очень важно),

что снятие содержания и социально приемлемых способов их удовлетворения приводит к превращению строения социального мотива в структуру влечения, лишенного характера опосредованности регуляции.

## **В.Н.Дружинин ВАРИАНТЫ ЖИЗНИ**

### **"ЖИЗНЬ ЕСТЬ СОН"**

В заглавии – название драмы великого испанского драматурга Кальдерона.

Мы созданы из вещества того же,

Что наши сны. И сном окружена

Вся наша маленькая жизнь.

Это уже Вильям Шекспир, который неоднократно возвращался к аналогичным мыслям. Например, в "Гамлете": "Умереть, забыться и видеть сны". Жизнь есть сон, и смерть – тоже сон. Поток времени подхватывает человека и несет его, не давая ему прозреть и открыть глаза на происходящее. Третью своей жизни мы спим. И для многих людей эта треть – самая лучшая.

Чем старше человек, тем время, необходимое ему для сна, – меньше. Стариковская бессонница – дело обычное, а бессонница в среднем и тем более в молодом возрасте расценивается как болезнь. Люди идут к невропатологу или психотерапевту, принимают таблетки и лежат на кушетке у психоаналитика, чтобы вернуть здоровый, счастливый сон. Значит, вопреки обыденному суждению, смерть – не сон, а отсутствие сна! С потерей сна и сновидений мы приближаемся к смерти. Сон – это жизнь, может быть первичная и самая основная ее форма.

Растения спят, спит плод в утробе матери, которая удовлетворяет все его потребности. Спит младенец в колыбели, когда он сыт и здоров, но пробуждается от голода, боли, холода, мокрой кровати и т.д.

И человек просыпается. Делает утреннюю гимнастику, бодро бежит на работу, когда о нем некому позаботиться и он сам должен добывать рубль или доллар насыщенный для себя и своей семьи.

Сны-сказки посвящены удовлетворению желаний: "Бог создал сны, чтобы показать путь спящему, глаза которого во тьме" (Древнеегипетский текст). Сознание, ясно отражающее мир во всей его красоте, серости и безобразии, травмирует само себя. Давно, еще Зигмундом Фрейдом замечено, что изоляция сознания от внешнего мира влечет за собой сон:

"Младший Штрюмпель, сын философа, исследования которого служили нам уже неоднократно руководством в проблеме сновидений, сообщил, как известно, наблюдения над одним пациентом, страдавшим общей анестезией кожных покровов и параличом некоторых высших органов чувств. Когда у этого субъекта закрывали немногие оставшиеся ему органы чувств, он впадал в сон. Когда мы засыпаем, мы все стремимся достичь ситуации, аналогичной эксперименту Штрюмпеля. Мы закрываем важнейшие органы чувств, глаза, и стараемся устранить и от других всякое раздражение или хотя бы всякое изменение действующих на них раздражений. Мы засыпаем, хотя наше намерение никогда в полной мере не осуществляется. Мы не можем ни совершенно устранить раздражения от наших органов чувств, ни уничтожить возбудимость этих органов. То, что нас во всякое время может разбудить более или менее сильное раздражение, доказывает, что "душа и во сне остается в непрерывной связи с внешним миром" [34].

Что такое "жизнь-сон"? Это ощущение нереальности "внешней" жизни и одновременно ощущение реальности единственно желанной "внутренней" жизни. Но в отличие от "жизни творческой" здесь у человека отсутствует стремление к порождению нового (идеи, образа, формулы, текста, предмета и пр.), сознание исчезает полностью и отсутствует внутренняя активность.

И в творческом процессе сознание пассивно по отношению к бессознательному, но при этом контролирует целостное поведение личности.

Идеалом "человека спящего" (термин предложен эзотериком Г.И.Гурджиевым) является вечный, спокойный сон, блаженство, нирвана, когда желания отсутствуют, душа и тело спокойны и находятся в равновесии с миром. Но в реальности этот идеал недостижим, по крайней мере, без особых тренировок, и поэтому человек стихийно впадает в состояние измененного сознания и грезит наяву. Лишь чувствительные ушибы – результаты жесткого соприкосновения с "внешней жизнью" – заставляют его открыть глаза.

"Жизнь-сон" – желанный вариант для всех, чей груз бед, трудов и забот неподъемен. Когда "земля похорон и потерь" (А. Тарковский) становится неудобной, тогда человек выбирает "жизнь-сон". Это не приближение к смерти, наоборот – это приближение к простейшим формам бытия, возврат к детству, стремление вернуться в мир, где не было проблем, боли, тревоги, а был и покой, и блаженство.

Это стремление в свое прошлое. "Золотой век" находится в далеком прошлом, и мы хотим видеть золотые сны: "Мир безумцу, который навеет человечеству сон золотой!" (Беранже).

Но человек не в силах сам вырваться из "внешней жизни", ибо он одержим страстями, ему надо есть и пить, общаться с людьми, у него возникает стремление что-то сделать своими руками: починить утюг, вышить платок, приготовить обед и т.д. Да и "внешняя жизнь" не выпускает его из своих объятий. Поэтому человек изобретает (а другие люди предлагают ему и навязывают) различные способы ухода во "внутреннюю жизнь", пассивную "жизнь-сон", "жизнь – грезы наяву".

Человечество за всю историю своего существования придумало не мало средств, чтобы индивид почувствовал состояние нирваны, ушел в сон, в лучшую жизнь. Во-первых, набор эзотерических школ, сект, тренинговых групп, школ восточных единоборств, "учителей жизни" (от К. Кастанеды до Р. Хаббарда) предлагает индивиду массу "психологических техник", которые обеспечивают изменение сознания. Во-вторых, существуют и более грубые средства, а именно – **алкоголь** и наркотики.

У всех народов и во все времена они считались основным способом погружения в "жизнь внутреннюю", дабы уйти от треволнений жизни внешней. Но туда ли попадает человек с помощью этих средств, куда хочет попасть? И что такое желанное состояние – сон?

Я вынужден посвятить несколько страниц психологии и физиологии сна, хотя это изложение и будет противоречить стилю и духу книги.

Бодрствование и сон – два основных состояния психики, хотя специалисты выделяют еще два особых состояния: гипнотическое состояние и состояние "суженного сознания" – сомнамбулизм. Сон обнаружен у животных, начиная с низших позвоночных и кончая высшими: приматами и человеком. Давно замечено, что сон делится на две основные фазы: фазу "быстрого" сна и фазу "медленного" сна. Эти фазы чередуются периодически: фаза "медленного" сна в течении ночи сменяется фазой "быстрого" сна, и так далее. "Быстрый" сон называют также парадоксальным, сном со сновидениями, ромбэнцефалическим сном.

Почему такие названия закрепились за этими фазами? Дело в том, что во время "медленного" сна в энцефалограмме человека преобладают так называемые медленные, низкочастотные ритмы, выделяемые при анализе ЭЭГ (в частности – дельта-ритм). Наоборот, в фазе быстрого сна выражены высокочастотные составляющие энцефалограммы, а спектр энцефалограммы в состоянии быстрого сна сходен со спектром в состоянии активного бодрствования. В фазу "быстрого" сна наблюдаются движения глаз, конечностей. Если человека разбудить в фазу быстрого сна, то выясняется, что он видел сон. Человек может легко восстановить содержание сновидений. Если же он будет разбужен в фазу медленного сна, то вероятнее всего не сможет вспомнить, что ему снилось и снилось ли вообще что-нибудь.

Любопытно, что во время "медленного" сна у человека сохраняется нормальная регуляция расхода энергии, хотя и на более низком уровне, чем при бодрствовании. А во время "быстрого" сна гомеостатические механизмы как бы отдыхают: нарушается регуляция температурного баланса и т.д. Наблюдается пойкилотермное состояние, характерное для низших позвоночных. В ходе эволюции фаза "медленного" сна животных увеличивается, а фаза "быстрого" сна сокращается. Исходя из этого многие исследователи приходят к выводу, что эволюция сна направлена от "быстрого" к "медленному" по мере развития и усложнения головного мозга, в первую очередь – его больших полушарий. У человека среди всех высших животных наиболее выражен "медленный" сон и особенно самая глубокая его составляющая – так называемый дельта-сон. Чем более интенсивным умственным и физическим нагрузкам подвергается человек при бодрствовании, тем более продолжительным является глубокий дельта-сон. Существует гипотеза, что в фазу "медленного" сна организм накапливает энергию (происходит увеличение синтеза АТФ – основного источника энергии клеток), а в фазу "быстрого" сна восстанавливается активность мозга (увеличивается синтез белков и РНК – ответственной за процессы памяти).

Эта гипотеза основана на результатах множества биохимических исследований. В фазу "быстрого" сна подавляется активность норадренергических нейронов, а именно они принимают важнейшее участие в процессах восприятия, памяти, внимания и мышления. Они как бы отдыхают и восстанавливают свои возможности. Недостаток "быстрого" сна пагубно влияет на общее состояние: если человека будить в тот момент, когда у него начинается "быстрый" сон (это легко определить по изменению ЭЭГ), то утром он просыпается совершенно разбитым. Но если его будить в фазу "медленного" сна, никаких существенных изменений его состояния по сравнению с обычным не произойдет.

И, самое главное, обнаружено: если человек активно решает возникшие проблемы, осуществляет поисковое поведение, устраняет возникшие трудности и препятствия, то относительная продолжительность фазы "быстрого" сна сокращается. Если же индивид отказывается от активных действий, то длительность фазы "быстрого" сна увеличивается. Поскольку во время этой фазы происходят сновидения, очевидна связь между неудовлетворенностью потребностей и ролью "быстрого" сна как адаптивного процесса. "Быстрый" сон выполняет важную компенсирующую роль.

Человек в трудной, неразрешимой ситуации предпочитает "уснуть и видеть сны", то есть выбирает "быстрый" сон, который по мнению многих исследователей, является "первичным, примитивным бодрствованием". Любая умственная нагрузка увеличивает фазу "медленного" сна.



Какую часть занимает сон в жизни человека? С возрастом человек меньше нуждается в продолжительном сне: доля людей с малой продолжительностью сна (менее 6 часов) возрастает с 12% (18-25 лет) до 61% (46-60 лет). Число же долгожителей людей незначительно меняется с возрастом.

Человек, для которого сон – единственно естественное и желанное состояние, рассматривает обычное время как промежуток между двумя периодами сна. Он склонен грезить наяву и "отлетать" в определенные моменты от реальности, погружаясь в мир своих фантазий, которые не всегда красочны и зачастую однообразны, но всегда – желанны.

Уход в мир иллюзий (сегодня сказали бы – в виртуальный мир) не так уж редко встречающийся вариант бытия. Термин "жизнь как сон", предложенный мной, следовало бы заменить более точным: "жизнь как грезы" или "жизнь как видение". Сон можно расценивать как обычное измененное состояние сознания, но склонность к переживанию состояний измененного сознания выходит за пределы желания "впасть в сон". Подростки-наркоманы характеризуют эти стремления как желание "улететь", а эффект – как "улет".

Действительно суть в том, что "улететь" – значит оторваться от реальности и погрузиться в жизнь иную, запредельную, не связанную с ощущением себя, существующего здесь и теперь.

Итак, человек страдающий, беспомощный в решении жизненных проблем или потерпевший неудачу при их решении, стремится вырваться из этой реальности путем изменения состояния сознания и выбирает вариант "жизнь – грезы". Для "окончательного решения" этого вопроса он прибегает к внешним средствам. Самым доступным является **алкоголь**.

Но **алкоголь** не усиливает активность сновидений, которые, как уже обсуждалось выше, компенсируют реальность. Любые дозы **алкоголя** приводят к углублению дельта-сна (в фазе "медленного" сна) и подавлению фазы "быстрого" сна. Резко снижаются активационные показатели (спонтанные движения, спонтанные пробуждения). Физиологи склонны полагать, что **алкоголь** подавляет деятельность восходящих активирующих систем мозга и усиливает деятельность синхронизирующих систем. Они же отмечают, что в принципе любые нагрузки сказываются только на фазе "медленного" сна, за исключением эмоционального стресса, который подавляет дельта-сон.

"Снятие стресса" (бытовое выражение) приемом большей или меньшей дозы **алкоголя** – вполне разумное и эффективное действие. Но это же означает, что человеку, стремящемуся "жить, как во сне", **алкоголь** явно не подходит, ибо действие его прямо противоположно желаемому: просыпаясь, человек опять остается со своими проблемами.

Одно дело – как действует **алкоголь** на психическое состояние, другое дело – каким психическим состоянием характеризуются люди, склонные к принятию **алкоголя** и, более того, – к **алкогольной** зависимости. Оказывается, крысы, которые склонны к **алкоголю**, отличаются от мало употребляющих **алкоголь** низкой активностью поведения в стрессовой ситуации и большей продолжительностью фазы "быстрого" сна! Они предпочитают "видеть сны" (если крысы видят сны!), а не действовать.

Исследования поведения людей также показали, что устойчивость к **алкоголю** связана с меньшей длительностью "быстрого" сна и относительно большей долей "медленного" сна. Таким образом, склонные к употреблению спиртного люди чаще видят сны, которые играют роль психологической защиты, ослабляют внутренний психологический конфликт и восстанавливают новый поиск выхода из

создавшейся ситуации. Во сне у людей происходит перестройка прошлого опыта, мозг "забывает то, что он знал" и реорганизует прошлый опыт.

Люди, склонные к приему спиртного, чаще всего отличаются робостью, замкнутостью, эмоциональной чувствительностью, обостренным восприятием окружающего. Они очень легко ранимы. Большинство из них тяжело переносят двусмысленные ситуации, потери и разочарования. Таков портрет потенциального пьяницы, по данным большинства психологических исследований.

Исследования подростков, склонных к потреблению **алкоголя** и наркотиков, дали аналогичную картину. Факторами риска оказались: низкая устойчивость к эмоциональным нагрузкам, высокая тревожность, импульсивность, склонность к рискованному поведению, недостаточная социальная адаптивность, невротичность, подверженность внушению и групповому влиянию, отрицательное отношение к обучению, социальная пассивность, узкий круг и неустойчивость интересов, отсутствие увлечений, неопределенность профессионального выбора, несформированность установки на трудовую деятельность, утрата "перспективы жизни", уход от ответственных решений, дефицит мотивации достижений и отсутствие видения путей развития своей личности [35].

Кроме того, важнейшим "фактором" риска является раннее начало самостоятельной жизни (12-13 лет) и преждевременное освобождение от опеки и контроля родителей.

Ранимая личность, попадая в жесткий социальный мир, стремится из него в "мир внутренний" – грез и сновидений. Но ни **алкоголь**, ни барбитураты (сильнодействующие снотворные) не позволяют уйти в "жизнь-грезу": сны исчезают и остается лишь глубокое забытьё, а после него – нарастающий психологический и физический распад.

Лишь один психоделик усиливает психическую активность и удлиняет фазу "быстрого" сна – всем известная "кислота" ЛСД (действие аналогично внушению, длительной изоляции в камере-одиночке и сенсорной депривации). Но следствия приема ЛСД столь же трагичны для личности.

Эта книга – не пособие по профилактике **алкоголизма** и наркомании. Я рассматриваю и то, и другое как попытку человека бежать из реальной "внешней жизни" в мир своего измененного сознания.

Такие люди хотят жить, их поведение нельзя расценивать как "отсроченный суицид", "парасуицид". Только для внешнего наблюдателя их жизнь – медленное самоубийство. Для них желанна жизнь-гомеостаз, в которой нет эмоциональных травм и напряжений, а мир кажется простым, дружественным и понятным.

Психологи, изучавшие изменение смысловых образований индивида после приема **алкоголя**, обнаружили, что у так называемых "когнитивно простых" личностей (с коэффициентом интеллекта ниже среднего) субъективный мир становится более разнообразным, красочным, динамичным.

Наоборот, субъективная реальность у "когнитивно сложных" после выпивки упрощалась: мир выглядел более простым и понятным. Таким образом, на первых порах каждый получает свое – приемлемую субъективную картину реальности.

Активизируя центр удовольствия в головном мозге, вызывая "кайф", наркотики и **алкоголь** ведут человека в бездну [36].

Есть гораздо более мощные средства превратить жизнь в грезу, в мир воображения: информация. Список этих внешних средств преобразования жизни огромен: книги (художественная литература, а точнее – fiction), телевидение, кино и видеофильмы, музыка (в записях на кассетах или CD), компьютерная "виртуальная реальность" (в первую очередь – "мировая паутина").

Легче понять, зачем пишутся книги, чем осознать, зачем они читаются. Текст есть материал для создания читающим собственной субъективной реальности: динамичной системы образов, эмоций, мыслей, возникающих в ходе понимания текста и исчезающих после прочтения.

Любое чтение – создание некоего искусственного мира, любая книга – зашифрованный субъективный мир, созданный писателем. Но только чтение вздох, "запойное" чтение является вариантом ухода в "мир грез". Когда чтение предпочитается всем другим занятиям, индивид зачастую равнодушен к содержанию, кроме одной составляющей – лишь бы книга могла возбудить его воображение и помочь ему уйти в мир грез. Речь идет не о чтении эстета, знатока литературы или человека, ищущего полезную информацию ("книга – учебник жизни"). Я говорю о чтении как способе ухода от действительности во внутреннюю жизнь, жизнь собственных фантазий. Фантастика, исторические и "любовные" романы, детективы и даже мемуары (в них не больше правды, чем в детских сказках), до нашей эры – мифы, после наступления средневековья – легенды и сказания – все разжигает воображение, как дрова – пламя костра.

Чем менее книга художественна, чем менее в ней выражен прием, оригинальный стиль автора, тем более подходит она для создания мира собственных грез, ибо, как рисунок в проективном тесте, упрощенный текст облегчает движение собственной фантазии, побуждает читательские "вариации на тему". XVIII, XIX и начало XX – это были века больших поэм и больших романов, многочасовых оперных постановок и бесконечных пьес. Книга была единственным внешним информационным средством для стимуляции фантазии. "Книжные" юноши и "книжные" девушки бродили по аллеям дворянских парков, сидели на верандах купеческих дач и пребывали в мире собственных грез.

Погружение в упрощенный и желаемый мир художественной литературы – "подростковая болезнь", средство ухода от проблем сложной и непонятной жизни других людей. Но выбор может стать выбором на всю жизнь, и "внешняя жизнь" с многочисленными проблемами, задачами, обязанностями отойдет на второй план.

Для такого "массового" читателя и пишет "массовый" писатель. В конце концов, в растиражированных шаблонах для создания субъективных образов и переживаний нет ничего плохого. По крайней мере их действие не столь разрушительно для психики, как действие **алкоголя** и наркотиков. (Не говоря о физиологическом воздействии последних).

Чтение предполагает определенный уровень культуры и определенный уровень психической (эмоциональной и интеллектуальной) активности. И главное – эта деятельность сознательна!

Дабы избавить человека от любых душевных усилий по созданию "фикций", ему представляют возможности кино, телевидение. Картинки, сменяющие друг друга на экране с частотой 24 кадра в секунду, полностью определяют мгновенное содержание нашего сознания. Активность личности по созданию искусственного "внутреннего" мира минимальна, и более того – она не нужна: единственное, что может сделать человек, сидящий перед телевизором, – выбрать программу нажатием кнопки. Но зрители и почитатели сериалов – "мыльных опер" не хотят использовать пульт до окончания очередной серии. Трудно оценить психическое состояние телезрителя, сидящего часами перед экраном, и степень приближенности этого состояния ко сну. Однако выбор в пользу "жизни-грезы" очевиден.

Уход в "иную реальность" легче всего осуществить с помощью наиболее совершенного средства – компьютера. Здесь возможности, в принципе, не

ограничены. Все исследования, проведенные до сегодняшнего дня американскими психологами, свидетельствуют: зависимые от Интернета подростки и взрослые отличаются повышенной тревожностью, депрессивным фоном настроения, аутичностью; у них часто возникают проблемы при взаимодействии с близкими, коллегами по учебе и работе. Причем со временем "погружения" в Интернет усугубляют зависимость от искусственной информационной среды, растет тревожность и аутизм.

Разумеется, речь идет не о всех пользователях персональным компьютером и посетителях "всемирной сети", а о людях выбравших в качестве варианта "жизнь – блуждание по виртуальной реальности".

Конечно, при работе на компьютере сознание остается активным. Человек не впадает в "сон наяву": периодически приходится совершать рациональный выбор, подключаясь к тому или иному ресурсу, нажимая на кнопки мыши или на клавиатуру; печатать тексты ответов и т.д.

"Слабые" информационные средства не могут увести человека от "внешней" реальности окончательно и бесповоротно в мир снов.

Основной потребитель "информационной пищи" – слушатель музыки. Всемирная рок-культура преобразила информационное пространство и жизнь миллионов людей. Плейер и CD, кассета и музыкальный центр, переносная магнитола и электронный синтезатор модифицировали мир звуков. Человек с наушниками погружен в иную реальность. В 60-70-е годы многочасовые "балдения" у магнитофона стали обычным времяпрепровождением. Оно сопровождалось выпивкой, наркотиками, сексом – и "трансформацией" сознания.

Прослушивание музыкальных записей – максимально пассивная форма существования в информационном "виртуальном" мире: тело расслаблено или, наоборот, содрогается в ритме танца, неподвластное сознанию, глаза закрыты, а если и открыты, то ничего не видят, ибо незачем и не на что смотреть. Слуховое пространство плотно заполнено. Остается погрузиться в грезы. Не случайно в мире современной музыки так тесно переплелись потребление наркотиков, творчество с распадом личности и уходом ее в "иные миры", а точнее – за пределы земной, грешной жизни.

"Уход" молодых людей в грезы, в сновидения наяву является вызовом – болезненным ответом тем взрослым "хозяевам жизни", для которых жизнь – целедостижение или ритуал.

Кто услышит крик тонущих, которые сами нырнули в глубину, и стоны горящих в костре, которые сами разложили костер и чиркнули спичкой?

Что-то неладно в этом мире, существующем под властью "людей действия" и "людей ритуала", если множество личностей, отличающихся от них, стремятся уйти в "виртуальную жизнь". В античной трагедии герой гибнет по воле богов, рока, судьбы, но не по своей воле. Бессмысленно бороться со средствами и следствиями. Человек всегда найдет средство уйти во "внутренний мир" из внешнего, если внешний мир, созданный другими, страшен.

Подростковый возраст – время, когда вариант "ухода" наиболее вероятен и реален. "Жизнь – подготовка к жизни" заканчивается. Как далекие раскаты грома, как зарница, перед глазами возникают первые картины "подлинной жизни" – жизни взрослых. Вступающий в мир человеческих отношений напоминает новичка-водителя, еще не получившего права, который тайком от инструктора выехал на оживленную столичную магистраль. Здесь нужно строго соблюдать дистанцию, а водители ездят не по правилам, а "по понятиям", и почти каждый

готов совершить нарушение, если это покажется выгодным. В лучшем случае дело ограничится задержанием, а в худшем – аварией, если не катастрофой.

Боль от первых ударов и страх перед надвигающейся жизнью выталкивают подростка в "мир иной", где стоит затянуться "травкой", и жизнь становится прекрасной. Почти все выпивают, но не для всех выпивка становится образом жизни. Многие пробуют "травку", но не все становятся наркоманами. (Я не говорю здесь о приеме "тяжелых" наркотиков – героина и т.п.)

По мнению одного из наиболее авторитетных исследователей лиц, злоупотребляющих **алкоголем**, К.Г.Суркова, важнейшей особенностью **алкогольного** способа удовлетворения потребностей является подмена объективных результатов реальных действий субъективными переживаниями, приблизительно схожими с теми, которые испытывает здоровый человек в ходе своей предметной деятельности.

Подростковое поведение – поведение в группе и совместно с группой, поскольку **алкоголь** или наркотики призваны облегчить решение проблем общения и взаимодействия.

И только взрослый продолжает путь в "иную жизнь" в одиночку. Точка выбора на границе "жизни-подготовки" и "подлинной жизни" является критической.

Какие же опоры, средства помощи предлагает взрослый мир подростку?

Каждая культура имеет и рекомендует свои собственные рецепты. США – страна, где свобода и автономия, способность решать проблемы и стремление к достижению целей являются базовыми ценностями. Профилактические программы "моментального действия" и долгосрочные программы ориентированы на "жизнь-целесодействие".

Психологи Йельского университета полагают, что успешная социальная адаптация снижает подверженность влиянию. Задача состоит в том, чтобы научить подростков самостоятельно справляться с проблемами, возникающими при общении, помочь осознать положительные черты личности, сформировать цель по достижению здорового образа жизни, умения саморегуляции и самоконтроля (см. теорию Дж.Роттера), а также способность к критическому мышлению.

По оценкам американских (и российских) психологов мощнейшим фактором, противодействующим "уходу", является религиозность.

Наиболее эффективной из общественных программ США является "Life Skills International" (LSI). Она сводится к обучению подростков и молодежи здоровому образу жизни и навыкам сопротивления социальному давлению.

Основными задачами программы является: 1) развитие социальной и личностной компетенции детей, 2) выработка навыков самозащиты и предупреждения проблем. Специалисты, работающие в LSI, обучают навыкам эффективного общения, критического мышления, принятия решения, выработке адекватной самооценки, умению постоять за себя, избегать ситуаций с неоправданным риском, вести здоровый образ жизни, а также приемам эмоциональной саморегуляции, разрешения конфликтов и сопротивления групповому давлению.

В Германии особое значение уделяют проблеме социального научения и принадлежности к группе. Наряду с такими защитными механизмами, как чувство юмора, внутренний самоконтроль и целеустремленность, немецкие психологи особо выделяют привязанность к законам и нормам общества, школы, общины, семейным стандартам, исключая употребление наркотиков. Интеграция подростка с семьей и обществом, важность взаимоотношений хотя бы с одним

"позитивным" взрослым (помимо родителя), обязательства перед социальной группой являются, по их мнению, решающими факторами, снижающими риск злоупотребления **алкоголем** и наркотиками.

Тем самым помимо формирования у подростка готовности вести "жизнь-целестремление" (что характерно как для Западной Европы, так и для США), немецкие психологи вводят дополнение, а именно – готовность к выбору "жизни-социального ритуала" (об этом варианте мы еще поговорим).

Спектр вариантов "ухода" огромен: от **алкоголизма** до Интернет-зависимости. Вопрос вопросов: возможно, причина "ухода" не только в индивидуально-психологических особенностях людей и социальной ситуации, но и в том, что "модальные" социально-одобряемые варианты жизни требуют от многих людей невозможного. Они не соответствуют их мотивации, темпераменту и способностям. А так называемое общество требует от человека, неспособного стать автономным, – "Будь самостоятельным!" Эмоционально ранимому и тревожному диктуют: "Контролируй себя!" Человек не видит смысла в карьере и достижении профессиональных высот, но давление общества таково, что он не в состоянии его преодолеть. Остается лишь одно: отойти на обочину дороги, стать аутсайдером.

Навыки автономного поведения, наличие внутренней активности и творческих способностей может преобразить человека, ушедшего в мир грез. С творческим человеком его сближает предпочтение "жизни внутренней" по отношению к "жизни внешней".

В среде творческих людей "человек грезящий", подражая их поведению (а творчество обладает силой индукции), имеет возможность сам стать творческим человеком. И в этом его шанс. Другой шанс – выбрать "жизнь-служение".