

ЛИЧНОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии

Ключевые слова: алкоголизм, психоорганический синдром, эмоции, фрустрация

Алкоголизм - заболевание со сложным полифакторным этиопатогенезом. При этом, взаимосвязанными являются самые разные аспекты жизнедеятельности человека как личности, члена общества, так и организма с его психобиологической индивидуальностью [1, 2, 5, 10].

Противопоставление медико-биологической и социально-психологической моделей алкоголизма должно быть преодолено и заменено более глобальной, интегральной моделью, учитывающая биосоциальный дуализм личности.

Алкоголизм формируется постепенно, в определенном темпе [2, 6], с закономерным поочередным появлением клинических симптомов, изменением уклада жизни, социальной позиции личности в целом.

Морально-этические изменения личности характеризуются социальной дезадаптацией, повышенной конфликтностью, иждивенчеством, попытками поставить себя в положение "жертвы" [5, 6].

По данным литературы известно, что прогрессирующее течение алкоголизма приводит к формированию органического психосиндрома и алкогольной деградации личности, которая достигает своего максимального развития в течение III (декомпенсированной) стадии [2].

Первые симптомы наблюдаются уже в начале заболевания и имеют тенденцию приобретать необратимый характер. Описаны психопатологические расстройства в виде изменений морально-этических свойств личности, а также интеллектуально-мнестических функций. К последнему, главным образом, относится ослабление памяти, а именно снижение процессов удержания информации. Нарушения памяти, в определенном смысле, связывают с недостаточностью внимания, его сосредоточения и, особенно, устойчивости.

Мы исходили из того, что психоорганический синдром, характеризуясь триадой критери-

ев [3]: нарушения интеллекта, памяти, эмоционально-аффективной сферы, в то же время, имеет выраженные клинические особенности, во многом определяющиеся этиопатогенезом (12).

Данное исследование было предпринято с целью определения структуры и взаимозависимости основных компонентов психоорганического синдрома в клинической картине у больных алкоголизмом и включало киинико-психопатологическое и экспериментально-психологическое исследование.

Обследовано 45 больных хроническим алкоголизмом II стадии мужского пола, в возрасте от 21 года до 59 лет (средний возраст составил 38,4 лет). Экспериментально-психологическое исследование проводилось по трем направлениям: 1) для изучения особенностей протекания интеллектуальных функций применялась методика "Выделение существенных признаков", 2) для выявления личностных конфликтных зон и изменений в эмоциональной памяти человека использовался метод Махлах; 3) для исследования типов реагирования больных в ситуации фрустрации применялся тест Розенцвейга [4, 8, 9, 11].

Были получены следующие результаты. По методике выделения существенных признаков максимального количества баллов не набрал ни один больной. Среднее количество набранных баллов составило 3-4 по 9-балльной шкале, что уже само по себе говорит об характерном изменении способности к обобщению у больных хроническим алкоголизмом. Отмечена зависимость успешности выполнения теста от возраста испытуемых.

Так, по 5 баллов набрали больные, средний возраст которых составил 33 года, а 0 баллов - группа больных, средний возраст которых составил 49 лет. Последние, при выполнении задания, чаще оперировали частными, конкретно-ситуативными признаками предметов.

Низкая результативность больных при рабо-

те с данным тестом зависела от изменений в структуре внимания. В частности, наблюдались признаки астенизации, а именно: снижение уровня устойчивости и уменьшения объема внимания. Это выражалось в том, что больные, просматривая предложенные понятия, упускали из виду либо начало, либо конец ряда, что влекло за собой неправильный выбор. Если больным указывали на причину его ошибки, то после повторного, уже полного прочтения ряда, они в большинстве случаев находили правильное решение.

Для изучения особенностей памяти, больным было предложено представить 6 положительных и 6 отрицательных состояний и попеременно вспомнить последнее событие, которое вызвало у них ту или иную эмоцию. У подавляющего большинства (75%) испытуемых, время, необходимое для представления негативных эмоций было меньше, чем время представления позитивных эмоций. Больными это объяснялось фактом их нахождения в данном лечебном учреждении. Однако лишь у 25% испытуемых время отставленности положительных эмоциональных состояний было больше времени отставленности отрицательных эмоциональных состояний. Этот феномен был выявлен Б.В. Зейгарник и В.М.Блейхером и выражался в том, что больные алкоголизмом вытесняют негативные эмоциональные события и пытаются легкомысленно решать сложные жизненные проблемы [8, 9]. Однако явления вытеснения вне состояния опьянения наблюдались при переходе из второй стадии в третью и на протяжении всей последней. Наши результаты показали наличие такого процесса и в начале второй стадии. Это подтверждалось еще и тем, что 25% больных заявили, что никогда не испытывали таких эмоциональных состояний, как горе, страх, но могут их представить.

Существенно, что даже после обсуждения с больными тяжелых моментов их жизни (например: развод, смерть родителей, пребывание в заключении, служба в армии) эти события не ассоциировались с отрицательными эмоциями. В отношении положительных эмоций такого вытеснения не наблюдалось, однако эмоционально положительные состояния никогда не связывались с какими-либо алкогольными переживаниями и всегда вызывались общепринятыми позитивными событиями: рождением ребенка, свадьбой, возвращением из армии или с мест лишения свободы.

С помощью данного теста легко определялись и конфликтогенные зоны у больных. Обыч-

но они фигурировали в качестве основы для 2-4 негативных эмоций и относились к области семейных переживаний.

Для определения эмоционально-аффективных и поведенческих стереотипов у больных в конфликтных ситуациях был использован “Метод рисуночной ассоциации” (тест Розенцвейга) [9]. В процессе тестирования испытуемый сознательно или подсознательно должен был идентифицировать себя с фрустрированным персонажем каждой рисуночной ситуации и ответить за него. Это давало возможность сделать выводы относительно некоторых аспектов адаптации испытуемого к своему социальному окружению. Каждый ответ оценивался с позиций двух критериев: направленности и типа реакции личности. Направленность личности характеризовалась тремя видами реакций. 65% реакций носили характер экстрапунитивных, при которых испытуемые уходили от решения проблемы и вменяли это в обязанность кому-то другому. Второе место заняли импунитивные реакции (25%), которые предопределяли выжидательную позицию испытуемых. И лишь в 10 случаях, больные были готовы принять на себя ответственность за исправление ситуации. Данная последовательность реакций характерна для психически здоровых людей, однако значительное процентное преобладание экстрапунитивных и импунитивных реакций, свидетельствует об утрате активной жизненной позиции, неверии в собственные силы и сужении круга интересов.

К таким же выводам привел анализ типа реакций испытуемых. На первом месте оказались эгозащитные реакции (55%), с помощью которых больные пытались защитить себя, приписав ответственность за фрустрацию другому человеку, и отрицая свое участие. Причем, учитывая преобладание экстрапунитивной направленности, реакции больных часто носили агрессивный, неконструктивный характер. 40% реакций были необходимо-упорствующими, причем больные либо требовали помощи у других людей в разрешении конфликтной ситуации, либо считали, что время и ход событий приведут ее к исправлению.

Только 5% реакций принадлежали к препятственно-доминантному типу, при котором больные вообще отрицали наличие фрустрирующих ситуаций или оставались равнодушными к ним.

Повышенная конфликтность и высокий уровень социальной дезадаптации нашли отражение в показателе УСК (“степень социальной адаптации”). У всех испытуемых этот показатель был снижен (т.е. не достигал 50%) и указывал

на наличие у больных проблем в межличностной интеракции микро- и макроуровня.

Таким образом, полученные результаты указывают на ухудшение наглядно-образного мышления, изменения в структуре внимания и памяти у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом второй стадии.

Вместе с тем преобладающими на этом этапе заболевания являются изменения эмоцио-

нально-аффективной сферы. Они проявляются в виде повышенной конфликтности неконструктивного типа, что можно рассматривать в качестве раннего предиктора прогрессивности алкоголизации. Прогрессивность этих изменений приводит к социальной дезадаптации и, по нашему мнению, является ведущим звеном формирования алкогольной деградации личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. - М.-1966. - 331 с.
2. Алкоголизм: Руководство для врачей /Под ред.Морозова Г.В.- М. - 1983. - 432 с.
3. Морозов Г.В., Белов В.П., Боброва Н.Н. / Судебная психиатрия. Рук.для врачей.- М.: Медицина. - 1983. - 363 с.
4. Асмолов А.Г. Личность как предмет психологического исследования. - М. - 1984. -105 с.
5. Братусь Б.С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. - М.-1974. - 96с.
6. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. - М.: Наука. - 1988. - 198с.
7. Банщиков В.М., Завьялов В.Ю., Короленко Ц.П. Эмоции и воображение. - М. -1975. - 221 с.
8. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. - Ташкент. - 1976. - 325с.
9. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М.: Изд-во МГУ. - 1976. - 238 с.
10. Худик В.А. Динамика интеллектуально-мнестических нарушений у больных алкоголизмом. // Ж. неврологии и психиатр. им. Корсакова. - 1983. - 3. - С. 430-435.
11. Анастаси А. Психологическое тестирование / В 2-х кн. - М.: Педагогика.-1982.
12. Walther-Buel H. Die Psychiatrie der Hirngeshulste und cerebralen Grundlangen psychischer Vorgange. - Wien: Springer, 1951. - 226s.

Б.В. Михайлов, В.В. Шалашов, М.П. Юрченко, Г.А.Мусяенко, М.Ю. Немченко, Т.Г. Харіна

ОСОБИСТІСНІ ЗМІНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АЛКОГОЛІЗМ

Український НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії

Приведена структура клінічних проявів порушень різних психічних функцій та особистісних реакцій у хворих на хронічний алкоголізм. Виділені предиктори несприятливо-прогресивного типу перебігу алкоголізму. Викладені в роботі ґрунтовні зміни психічної сфери повинні враховуватися у організації патогенетично обґрунтованих лікувальних заходів що до хворих на алкоголізм. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1996. - № 1(2). - С. 22-24).

B. V. Mikhailov, V. V. Shalashov, M. P. Yurchenko, G. A. Musiyenko, M. Yu. Nemchenko, T. G. Kharina

PERSONALITY'S CHANGES IN CHRONIC ALCOHOLISM PATIENTS

Ukrainian SII of clinical and experimental neurology and psychiatry

Structure of clinical manifestations of personality reactions and psychic functions changes had been described. The descriptors of unfavorable-progressive flow of chronic alcoholism had been distinguished. The basic changes of psychical sphere must be taken in account during the organization of pathogenic-oriented treatment chronic alcoholism patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1996. - № 1(2). - P. 22-24).

Поступила в редакцию 25.05.96