

НАРУШЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С КОМОРБИДНЫМИ НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Ледванова Т.Ю.¹, Барыльник Ю.Б.¹, Филиппова Н.В.¹, Горюнов С.А.¹,
Горбунов А.А.¹, Носова М.Н.¹**

¹ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, e-mail: ledvanovatu@gmail.com

Статья раскрывает клинические и психоэтиологические особенности больных алкогольной зависимостью с расстройствами личности: возбудимого, неустойчивого и тормозимого круга. Особое внимание уделяется анализу личности больных алкоголизмом с позиции Я-структурной теории Г. Аммона. В исследовании приняли участие 21 пациент мужского пола в возрасте от 28 до 52 лет со второй стадией алкогольной зависимости, которые проходили стационарное лечение в период с 1 сентября по 30 ноября 2017 г. в наркологических отделениях Клиники кожных и венерических болезней СГМУ имени В.И. Разумовского и ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница святой Софии», и 15 мужчин в возрасте от 26 до 48 лет без алкогольной зависимости. Психодиагностическими методиками послужили «Я-структурный» тест личности ISTA, G. Ammon, и многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность», разработанный А.Г. Маклаковым и С.В. Чермяниным. В результате у испытуемых с личностными расстройствами возбудимого круга выявлены разнонаправленные тенденции на созидание и разрушение. Испытуемые с личностными расстройствами тормозимого круга из-за нехватки энергии не способны уйти от привычных стереотипов поведения, склонны возвращаться к предыдущей точке комфорта. А испытуемые с расстройствами личности неустойчивого круга подвержены деструктивным вспышкам, после которых долгое время испытывают чувство вины. Нарушения центральных личностных функций больных алкоголизмом с личностными расстройствами зависят от типа личностного расстройства. Исходя из результатов исследования для каждой нозологии приведены основные нозоспецифичные, личностно-специфичные, специфичные для психотерапевтического процесса и психотерапевтического метода мишени психокоррекционного вмешательства.

Ключевые слова: алкоголизм, коморбидные непсихотические расстройства, расстройства личности, личность.

DISTURBANCE OF CENTRAL PERSONALITY FUNCTIONS IN ALCOHOLIC PATIENTS WITH COMORBID NON-PSYCHOTIC DISORDERS

**Ledvanova T.Yu.¹, Barylnik Yu.B.¹, Filippova N.V.¹, Goryunov S.A.¹,
Gorbunov A.A.¹, Nosova M.N.¹**

¹FSBEI HE "Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky" Ministry of Health of Russia, Saratov, e-mail: ledvanovatu@gmail.com

The article reveals the clinical and psychoetiological features of alcohol addicted patients with personality disorders: excitable, unstable and inhibited circle. Particular attention is paid to the analysis of the personality of patients with alcoholism from the standpoint of the self-structural theory of G. Ammon. The study involved 21 male patients aged from 28 to 52 years old, with the second stage of alcohol dependence, who underwent inpatient treatment from September 1 to November 30, 2017 in the narcological departments of the Clinic of Skin and Venereal Diseases of V.I. Razumovsky and the State Healthcare Institution of the Regional Clinical Psychiatric Hospital of St. Sophia, and 15 men aged 26 to 48 years without alcohol dependence. Psychodiagnostic methods were the «I-structural» personality test ISTA, G. Ammon and the multilevel personality questionnaire (MLO) "Adaptability", developed by A.G. Maklakov and S.V. Chermyanin. As a result, the subjects with personality disorders of the excitable circle revealed multidirectional tendencies towards creation and destruction. Subjects with personality disorders of the inhibited circle due to lack of energy are not able to get away from habitual stereotypes of behavior, tend to return to the previous point of comfort. And subjects with personality disorders of an unstable circle are prone to destructive outbursts, after which they experience feelings of guilt for a long time. Violations of the central personality functions of alcoholic patients with personality disorders depend on the type of personality disorder. And based on the results of the study, for each nosology, the main noso-specific, personality-specific, specific to the psychotherapeutic process and psychotherapeutic method targets of psychocorrectional intervention.

Keywords: alcoholism, comorbid non-psychotic disorders, personality disorders, personality.

Продолжающийся рост числа наркологических заболеваний, в том числе алкоголизма, остается одной из наиболее острых проблем в современной России. В Российской Федерации реализуются меры государственного, правового, организационного, пенитенциарного, воспитательного и иного характера, позволяющие с большим или меньшим успехом противодействовать тенденциям злоупотребления алкоголем [1, 2]. По данным официальной статистики, около 12% всех смертей в нашей стране связано с употреблением алкоголя [3]. В связи с этим проведение научных исследований, направленных на изучение особенностей психозологии алкогольной зависимости у разных категорий пациентов, продолжает оставаться актуальным.

Для лечения такого сложного многокомпонентного заболевания, как алкогольная зависимость с коморбидными непсихотическими расстройствами, требуется глубокое понимание нозологических и психозологических особенностей этого состояния [4]. Существуют многочисленные исследования взаимосвязи непсихотических расстройств личности и алкогольной зависимости; самые яркие работы по теме принадлежат К. Abraham [5], S. Rado [6], H. Wieder [7], L. Wurmser [8].

Однако, несмотря на большое разнообразие работ, посвященных изучению коморбидных патологий личности при алкоголизме, обнаруживается дефицит информации относительно психокоррекции этих патологий [9, 10]. Таким образом, важной задачей является определение нозоспецифических и теоретико-специфических мишеней психокоррекционной работы с больными алкоголизмом с коморбидными непсихотическими расстройствами. В данной статье рассмотрены проблемы психозологии алкогольной зависимости с позиции G. Ammon и концепции о динамической психиатрии [11, 12].

Цель исследования: изучение клинических и психозологических особенностей больных алкогольной зависимостью с коморбидными непсихотическими расстройствами; выявление специфических мишеней психокоррекционного вмешательства.

Материалы и методы исследования. Эмпирической базой исследования стали 36 испытуемых, из них 21 пациент мужского пола в возрасте от 28 до 52 лет со второй стадией алкогольной зависимости, которые проходили стационарное лечение в период с 1 сентября по 30 ноября 2017 г. в наркологических отделениях Клиники кожных и венерических болезней СГМУ имени В.И. Разумовского и ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница святой Софии», и 15 мужчин в возрасте от 26 до 48 лет без алкогольной зависимости.

В работе использовались теоретическая концепция динамической психиатрии G. Ammon [12] и его представления о центральных личностных функциях, психодинамические концепции К. Abraham [5], S. Rado [6], L. Wurmser [7] о психозологии

алкогольной зависимости, представления Р.К. Назырова [13] о типологии психотерапевтических мишеней.

Методическим инструментарием были выбраны «Я-структурный» тест личности ISTA, разработанный G. Ammon, переведенный и адаптированный НИПНИ им. Бехтерева [14], многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность», разработанный А.Г. Маклаковым и С.В. Чермяниным (1993) [15]. Для выявления значимых связей использовался коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты исследования и их обсуждение

Экспериментальная группа состояла из 21 пациента в возрасте от 28 до 52 лет (средний возраст 38,7 года). У всех испытуемых были диагностированы алкогольная зависимость второй стадии и расстройства личности (РЛ). Ввиду клинической неоднородности данной группы пациентов были выделены три подгруппы расстройств личности (возбудимого круга, тормозимого круга и неустойчивого круга). В первую подгруппу (возбудимые) вошли пациенты с параноидным РЛ (F60.0 по МКБ-10) и диссоциальным РЛ (F60.2); вторую подгруппу (тормозимые) составили пациенты с шизоидным РЛ (F60.1), ананкастным РЛ (F60.5), тревожным (уклоняющимся) РЛ (F60.6) и расстройством типа зависимой личности (F60.7), а третью подгруппу – с эмоционально неустойчивым РЛ (F60.3) и истерическим РЛ (F60.4) (табл.).

Распределение больных по типам личностных расстройств

Типы расстройств личности:	Абс.	%
Возбудимые:	7	33,3
Параноидное	3	14,3
Диссоциальное	4	19,0
Тормозимые:	8	38,1
Шизоидное	1	4,7
Ананкастное	3	14,3
Тревожное	1	4,7
Зависимое	3	14,3
Неустойчивые:	6	28,6
Эмоционально неустойчивое	5	23,8
Истерическое	1	4,7
Итого:	21	100

Экспериментально-психологическое исследование по методике МЛО «Адаптивность» [15] показало следующие результаты: повышение по шкалам первого уровня (базовым шкалам «СМИЛ») соответствовало клинической картине и указывало на наличие специфических для подгрупп личностных расстройств. Пациенты, вошедшие в подгруппу «возбудимых», демонстрировали, в отличие от испытуемых контрольной группы, статистически значимые

(U-критерий Манна–Уитни) повышения по шкалам паранойяльности (Pa) ($p \leq 0,01$) и гипомании (Ma) ($p \leq 0,05$) и контрастирующие понижения по шкалам психастении (Pt) ($p \leq 0,01$). В подгруппе «тормозимые» наблюдалось повышение по шкалам ипохондрии (Hs) ($p \leq 0,01$), психастении (Pt) ($p \leq 0,05$) и шизоидности (Sc) ($p \leq 0,05$). В третьей подгруппе – «неустойчивых» – прослеживалось повышение по шкале истерии (Hy) ($p \leq 0,01$).

Шкалы второго, третьего и четвертого уровня методики МЛЮ «Адаптивность» (рис. 1) показали высокие для данной группы значения адаптивного потенциала.

Внутри экспериментальной группы результаты распределились следующим образом (рис. 2). По шкале астенических реакций и состояний (АС) в подгруппе «возбудимых» наблюдался низкий уровень ситуативной тревожности, отсутствовали расстройства сна, утомляемость и слабость. Испытуемые данной подгруппы демонстрировали высокую толерантность к неблагоприятным внешним факторам и позитивно воспринимали свое будущее. В подгруппе «тормозимых» присутствовал высокий уровень ситуативной тревожности, наблюдались расстройства сна, ипохондрическая фиксация, повышенная утомляемость, истощаемость, слабость, резкое снижение способности к продолжительному физическому или умственному напряжению, низкая толерантность к неблагоприятным факторам профессиональной деятельности. Для испытуемых из подгруппы «неустойчивых» были характерны средний уровень ситуативной тревожности и аффективная лабильность.

По шкале психотических реакций и состояний (ПС) в подгруппе «возбудимых» наблюдались повышенные показатели, свидетельствующие о том, что у данных пациентов имеется выраженное нервно-психическое напряжение, им свойственны импульсивные реакции, приступы неконтролируемого гнева, нарушение морально-нравственной ориентации, делинквентное поведение, агрессивность и подозрительность. В подгруппе «тормозимых» отсутствует нервно-психическое напряжение, нет импульсивных реакций, присутствует стремление соблюдать общепринятые нормы поведения. В подгруппе «неустойчивых» отмечается средний уровень нервно-психического напряжения, присутствуют импульсивные реакции, приступы гнева; вместе с тем отмечается стремление соблюдать общепринятые нормы поведения, групповые и корпоративные требования.

Интегральный показатель (ДАН) у всех трех подгрупп высокий и соответствует данному показателю в контрольной группе, что говорит об отсутствии выраженных дезадаптационных нарушений.

По шкалам третьего и четвертого уровня методики МЛЮ «Адаптивность» были получены следующие результаты. По шкале «Поведенческая регуляция» (ПР) испытуемые, вошедшие в подгруппу «возбудимых», продемонстрировали пониженный уровень поведенческой регуляции и определенную склонность к нервно-психическим срывам. В

подгруппе «тормозимых» испытуемые обладали повышенным уровнем поведенческой регуляции и отсутствием склонности к нервно-психическим срывам. В подгруппе «неустойчивых» наблюдался средний уровень поведенческой регуляции, однако присутствовала склонность к нервно-психическим срывам.

По шкале «Коммуникативный потенциал» (КП) испытуемые из подгруппы «возбудимых» продемонстрировали высокий уровень коммуникативных способностей и умение быстро устанавливать контакты с окружающими. В подгруппе «тормозимых» наблюдались низкий уровень коммуникативных способностей и затруднение в построении контактов с окружающими. В подгруппе «неустойчивых» высокий уровень коммуникативных способностей и способность быстро устанавливать контакты с окружающими сочетались с проявлениями агрессивности и повышенной конфликтностью.

По шкале «Моральная нормативность» (МН) во всех подгруппах испытуемые набрали высокие баллы, что свидетельствует о высоком уровне социализации, адекватной оценке своей роли в коллективе и ориентации на соблюдение общепринятых норм поведения.

По результатам, полученным по шкале «Личностный адаптационный потенциал» (ЛАП), можно сделать вывод о том, что все испытуемые экспериментальной группы имеют удовлетворительную способность к адаптации (рис. 1). Это может свидетельствовать о том, что имеющиеся у этих пациентов расстройства личности в привычных жизненных условиях частично компенсированы и могут проявляться лишь при смене деятельности. Поэтому успех адаптации во многом зависит от внешних условий среды. Эти лица, как правило, обладают невысокой эмоциональной устойчивостью. Процесс социализации осложнен, возможны асоциальные срывы, проявление агрессивности и конфликтности. Функциональное состояние на начальных этапах адаптации может быть нарушено, в связи с чем лица этой группы требуют постоянного контроля.



Рис. 1. Уровень личностного адаптационного потенциала в группе испытуемых с алкоголизмом и личностными расстройствами

По методике «Я-структурный тест» Г. Аммон для экспериментальной группы исследования не удалось выявить универсальной структуры центральных личностных функций. Это объясняется неоднородностью (противоположностью) вошедших в нее подгрупп пациентов, однако в самих подгруппах наблюдалось значительное сходство между испытуемыми. Так, для первой подгруппы «возбудимых» РЛ были характерны следующие особенности центральных Я-функций (рис. 2).

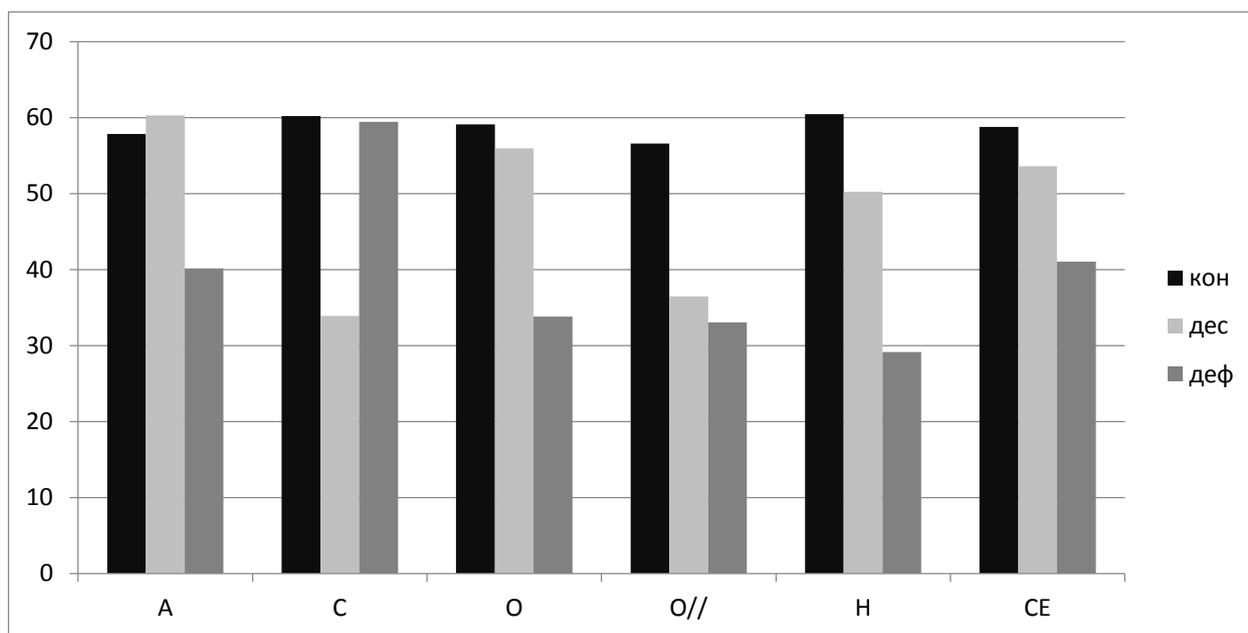


Рис. 2. Средние значения шкал «Я-структурного» теста в подгруппе пациентов с расстройствами личности возбудимого круга (А – центральная личностная функция агрессии, С – страха, О – внешнего Я-отграничения, O// – внутреннего Я-отграничения, Н – нарциссизма, SE – сексуальности) (конструктивной, деструктивной, дефицитарной)

Для пациентов с алкогольной зависимостью и личностными расстройствами возбудимого круга характерно сочетание двух разнонаправленных тенденций – на созидание и разрушение. Эта особенность мешает им создать вокруг себя полноценно функционирующую систему, возвращая их к употреблению алкоголя. Они испытывают постоянную потребность в получении новых впечатлений из внешнего мира, находятся в постоянном поиске, подвергая себя и окружающих опасности, но не осознают этого. Пациенты имеют четкие представления о границах своей личности и никого за них не пропускают. Эти лица хорошо разбираются в других людях, однако чужие эмоции им безразличны. Хорошая ориентация в истории своей жизни, своем опыте позволяет им четко выстраивать свое настоящее и строить планы на будущее, а высокая самооценка и позитивный образ собственного «Я», который никак не зависит от окружающих, позволяют им идти

вперед, не оглядываясь на мнение других людей. Пациенты этой подгруппы высоко оценивают собственную привлекательность в качестве сексуальных партнеров, однако не способны на глубокие интимные отношения. В поисках новых впечатлений они допускают измены и часто меняют партнеров. Разрыв отношений по инициативе партнера воспринимается ими как предательство, вызывает ощущение подавленности, сохраняющееся до нахождения нового партнера.

Для второй подгруппы «тормозимых» РЛ характерны следующие особенности центральных Я-функций (рис. 3).

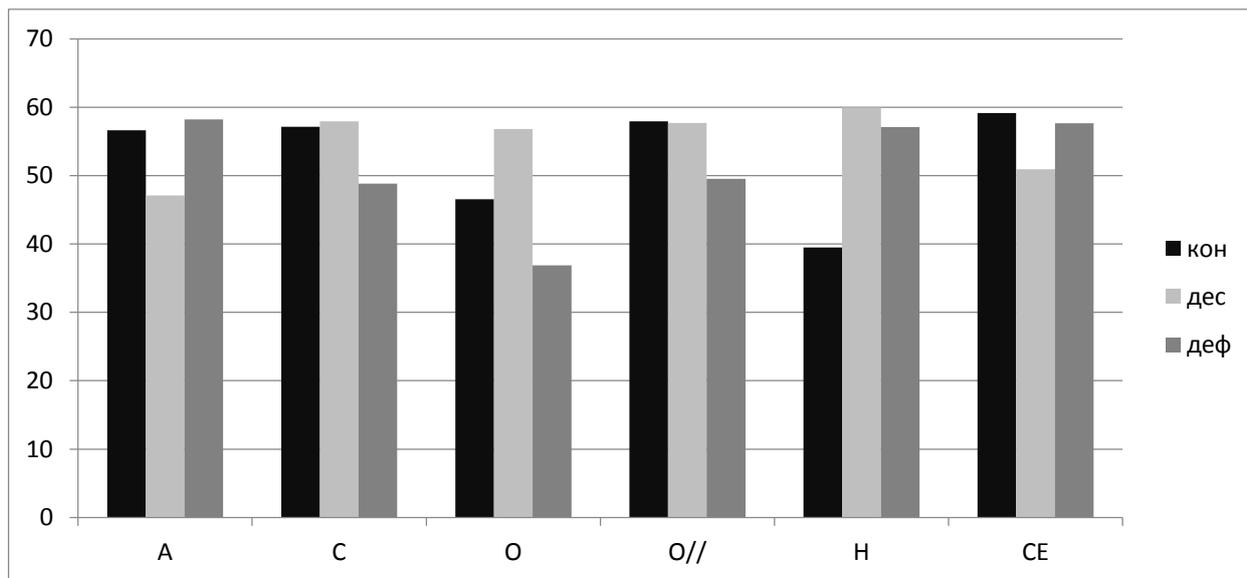


Рис. 3. Средние значения шкал «Я-структурного» теста в подгруппе пациентов с расстройствами личности тормозимого круга (конструктивной, деструктивной, дефицитарной)

Для испытуемых второй подгруппы характерно наличие энергии и активности для поддержания существующих и создания новых стереотипов поведения. Они способны ставить перед собой новые задачи, приступать к их решению, хорошо регулируют свое поведение в процессе деятельности и в отношениях с другими людьми. Вместе с тем им свойственен низкий уровень деструктивной агрессии, необходимой для разрушения имеющихся стереотипов поведения, отношений, связей и привычек. Вероятно, ими осознается необходимость изменения собственной жизни, отказа от алкоголя и создания новой конструктивной и эффективной модели собственной жизни. Однако, не имея возможности уйти от привычных вариантов решения проблем, они снова и снова возвращаются к употреблению алкоголя. Таким образом, возникает порочный круг: осознаваемое стремление изменить свою жизнь порождает многочисленные попытки уйти от привычных стереотипов, но отсутствие «энергии разрушения» не позволяет им этого сделать. В период ремиссии такие

личности остаются в близких отношениях с теми людьми, с которыми находились рядом в период запоев, продолжают вести тот же образ жизни, и рано или поздно в силу характерологических особенностей возвращаются к употреблению алкоголя.

Они способны ощущать свой страх и страх окружающих людей: страх заставляет личность испытуемых активироваться, но эта активация направлена не на переработку нового жизненного опыта, а на уход от существующей субъективной опасности, исходящей от него. Страх в данном случае не дает им адекватно действовать согласно внешним обстоятельствам, «отбрасывает» испытуемых к уже известным им, «безопасным» формам взаимодействия с реальностью.

Пациентам второй экспериментальной подгруппы свойственно в размеренные периоды своей жизни, когда все следует своим чередом, разграничивать сознательные и бессознательные сферы, однако в периоды стресса они подвергаются наплывам неосознававшихся переживаний, которые усугубляют внутреннее состояние. Для «анестезии» эмоциональной сферы пациенты вынуждены прибегать к злоупотреблению алкоголем, возвращая эти переживания в сферу бессознательного.

Таким образом, испытуемые в данной подгруппе защищают себя от вмешательства в свой мир окружающих людей. Высокие требования к себе и несоответствие им обесценивают значимость собственной личности для испытуемых. Этому же способствуют частые неудачи и «хождение по кругу» в попытках изменить свою судьбу к лучшему, а отказ в удовлетворении собственных потребностей является бессознательным стремлением наказать себя за пережитые неудачи.

Для пациентов с алкогольной зависимостью и РЛ тормозимого круга характерны фантазии об идеальном, не существующем в реальном мире партнере, который смог бы удовлетворить все их эротические желания. На образ такого идеального партнера и направлена сексуальность испытуемых, тогда как отношения с реальными людьми, наделенными положительными и отрицательными качествами (характера, внешности), вызывают у них отвращение. Причиной одиночества и расставаний у многих испытуемых является разочарование, возникающее при глубоком изучении своего партнера. А при наличии внешних обстоятельств, мешающих уйти привычным способом от стресса (возврат к предыдущему состоянию комфорта – одиночеству), возникает необходимость сгладить каждодневные переживания, что и выражается в употреблении алкоголя. Кроме того, испытуемые из данной подгруппы нередко указывали причиной своего очередного запоя «ссору с женой/семьей».

Для пациентов второй экспериментальной подгруппы характерно наличие энергии и активности для поддержания существующих и создания новых стереотипов поведения, однако

отсутствие достаточного уровня энергии, направленной на разрушение существующих стереотипов и привычек, мешает им изменить свою жизнь и отказаться от употребления алкоголя. В периоды ремиссии они остаются в той же системе, которая привела к алкоголизации или стала причиной очередного запоя. Снижение способности к переработке тревоги и страха мешает восприятию нового опыта. Страх «отбрасывает» испытуемых к уже известным им, «безопасным» формам взаимодействия с реальностью. У испытуемых возникают сложности при взаимодействии с другими людьми, они остаются закрытыми для восприятия чувств и переживаний окружающих, так как их психика переполнена собственными страхами. В периоды стресса у испытуемых возникают наплывы неосознавшихся переживаний из сферы собственного бессознательного, что ведет к дальнейшей декомпенсации, из-за которой испытуемые часто прибегают к употреблению алкоголя, обладающего для них анестезирующим эмоциональную сферу свойством. Оценка собственного «Я», своей внешности, своих потребностей занижена; испытуемые часто отказывают себе в удовлетворении собственных потребностей, что ведет к накоплению напряжения в сфере бессознательного. В сфере сексуальных отношений испытуемые испытывают большие трудности с поиском партнера и в налаживании интимных отношений. Они наполнены фантазиями об идеальном партнере, которого не могут найти в реальности, а отношения с реальными партнерами вызывают у них чувство разочарования.

Для третьей подгруппы «неустойчивых» РЛ характерны следующие особенности центральных Я-функций (рис. 4).

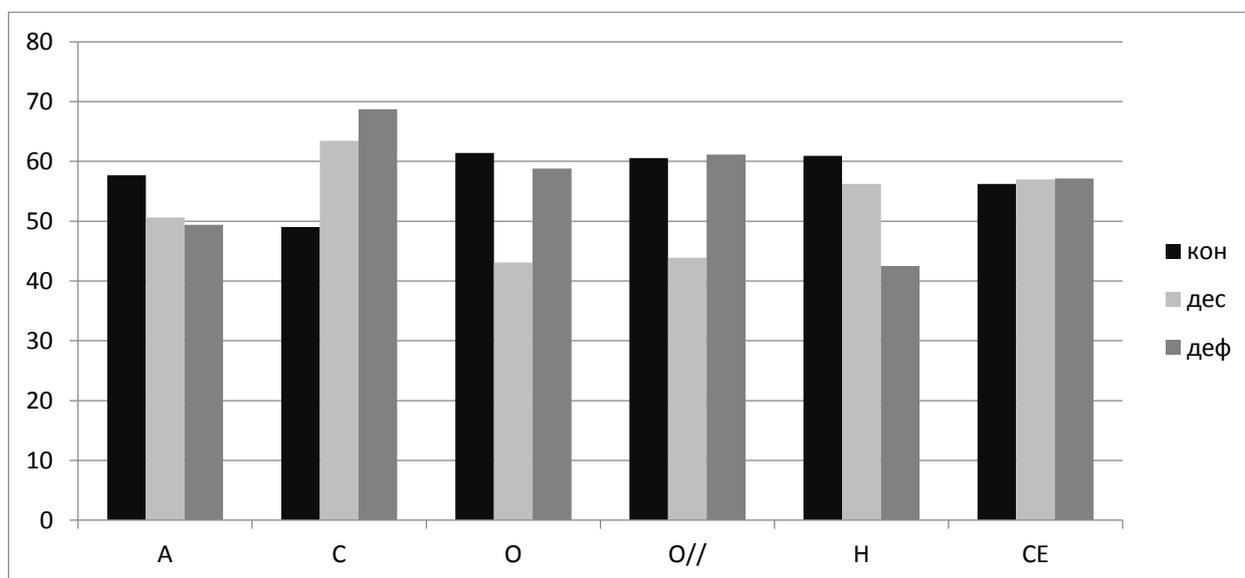


Рис. 4. Средние значения шкал «Я-структурного» теста в подгруппе пациентов с алкоголизмом и расстройствами личности неустойчивого круга (конструктивной, деструктивной, дефицитарной)

Пациенты этой подгруппы обладают достаточным уровнем внутренней энергии для нормального осуществления социального взаимодействия. Вместе с тем они подвергаются деструктивным вспышкам агрессии, которая направлена на ослабление накопленного недовольства от социального взаимодействия и другого нервно-психического напряжения. Осознавая свою опасность для окружающих и испытывая чувство вины за свои срывы, испытуемые подгруппы «неустойчивых» могут вести себя пассивно и избегать социальных контактов.

Для них характерны адекватное восприятие страха, способность действовать адекватно ситуации, давая реалистичную оценку опасности. В моменты стихийного выброса эмоционального напряжения, свойственного данной подгруппе, испытуемые не ощущают опасности для себя и окружающих, возникающую вследствие их действий. После произошедшего выплеска они испытывают глубокие переживания, чувство вины и страха быть покинутыми близкими ими людьми.

Пациентам с алкоголизмом и РЛ неустойчивого круга свойственно понимать чувства и интересы других людей. Они готовы к компромиссам, избегают самоизоляции, вместе с тем они не способны дать отказ другим людям, утрачивая границы между собой и окружающими. Этот механизм компенсации возникает у них вследствие стремления загладить свою вину перед окружающими за свои аффективные вспышки. Кроме того, по их мнению, это позволяет им входить в более близкие отношения со значимыми людьми.

Для пациентов с неустойчивым РЛ в повседневной жизни характерна способность гибко осуществлять доступ к сфере своего бессознательного, к собственным чувствам и потребностям. Но отсутствие границы между сознательной и бессознательной сферами позволяет части переживаний свободно переходить в сферу бессознательного, накапливаясь там. Накопленное напряжение, достигнув критического значения, прорывает границу между сознательной и бессознательной сферами, превращаясь в неконтролируемый аффект.

Пациентам третьей экспериментальной подгруппы свойственно в целом позитивно оценивать свою личность, свои способности, интересы и внешность. Вместе с тем в периоды эмоционального напряжения, во время срывов чувство вины заставляет их уходить в свой внутренний мир, замыкаться и вызывает ощущение, что их не понимают. Для них характерны возможность наслаждаться сексуальными контактами, свобода от сексуальных стереотипов, способность к гибкому согласованию; вместе с тем из-за того, что в ряде случаев аффективные вспышки происходят в присутствии близких людей и сексуальных партнеров, могут случаться разрывы отношений. В таких случаях ретроспективно они оцениваются как травмирующие, наносящие вред и унижающие человеческое достоинство. После таких расставаний

испытываемые могут долго из-за чувства вины расценивать себя как плохих сексуальных партнеров, обесценивать роль близких отношений.

Для пациентов с алкогольной зависимостью и личностными расстройствами неустойчивого круга характерно наличие достаточно высокого уровня энергии для нормального осуществления социального взаимодействия, однако периодические деструктивные вспышки, направленные на снижение внутреннего напряжения от накопленных переживаний, ведут к развитию чувства вины перед окружающими и, как следствие, к временному избеганию социальных контактов, отгороженности и самоизоляции. Тревога и страх в повседневной жизни воспринимаются и перерабатываются испытываемыми адекватно ситуации, однако в периоды деструктивных вспышек они временно утрачивают способность объективно воспринимать страх и подвергают опасности себя и окружающих. Им легко удается понять чувства и эмоции других людей, они активно участвуют в жизни окружающих, порой не могут отказать, и их начинают использовать. Из-за слабости границ между сознательной и бессознательной сферами часть повседневных переживаний свободно переходит в сферу бессознательного, накапливаясь в ней и повышая напряжение. Этот механизм объясняет наличие деструктивных вспышек, которые служат разрядкой накопившемуся напряжению. В целом отношения испытываемых к собственному «Я», своей внешности и способностям позитивное, однако переживаемое чувство вины за деструктивные вспышки временно ухудшает отношение испытываемых к себе, заставляя искать способы загладить свою вину перед окружающими. Сексуальные контакты с партнерами достаточно позитивные, испытываемые стремятся к глубоким интимным взаимоотношениям, но деструктивные вспышки, которые происходят при близких людях, способны стать причиной разрыва отношений. В таких случаях испытываемые воспринимают их как травмирующие и могут временно избегать.

Корреляционный анализ выявил следующие результаты. В группе испытываемых с расстройствами личности возбудимого круга наблюдалась сильная ($r=0,831$) зависимость между шкалами «конструктивная агрессия» и «деструктивная агрессия». Исходя из этого можно предположить, что испытываемым в данной подгруппе свойственно разрушать все созданное ими. Они обладают двумя противоположными тенденциями: к созиданию и разрушению. Эта взаимосвязь не дает возможности создать полноценно функционирующую, гармоничную систему и мешает уйти от зависимости.

Кроме того, в группе испытываемых с расстройствами личности возбудимого круга обнаруживается сильная зависимость ($r=0,860$) между шкалами «деструктивная агрессия» и «дефицитарная тревога/страх»; таким образом, в деструктивной агрессии находит выход неосознаваемая тревога. Эти пациенты ощущают дефицит острых ощущений, находятся в

постоянном поиске таких переживаний, которые смогли бы заполнить эту пустоту. Ими не осознается опасность таких действия для себя и окружающих, они не воспринимают всерьез переживания близких за их судьбу.

Среди испытуемых этой же группы обнаруживается сильная связь ($r=0,705$) между шкалами «дефицитарная тревога/страх» и «дефицитарное внутреннее Я-отграничение», что говорит о наличии желания «взвинтить себя», восполняя тем самым отсутствие внутренних границ «Я», а при нехватке таких ощущений извне вполне вероятно, что больные алкоголизмом с возбудимым РД начнут употреблять алкоголь.

В группе испытуемых с расстройствами личности тормозимого круга обнаруживаются сильная связь ($r=0,822$) между шкалами «конструктивная агрессия» и «дефицитарная агрессия», а также отрицательная корреляция шкал «конструктивная агрессия» и «деструктивная агрессия» ($r=-0,419$), что говорит об отсутствии возможности уйти от привычных вариантов решения проблем. Такие пациенты снова и снова возвращаются к употреблению алкоголя. Возникает порочный круг: осознаваемое стремление изменить свою жизнь порождает многочисленные попытки уйти от привычных стереотипов, но нехватка «энергии разрушения» не позволяет им этого сделать.

В этой же группе наблюдается сильная связь ($r=0,704$) между шкалами «деструктивная тревога/страх» и «деструктивное внутреннее Я-отграничение», что говорит о наличии «страха перед страхом». Даже когда все хорошо, такие испытуемые испытывают чувство внутренней тревоги, которая не дает им усваивать новый опыт и развиваться даже в размеренные периоды жизни.

В группе испытуемых с алкогольной зависимостью с расстройствами личности неустойчивого круга обнаруживается сильная связь ($r=0,715$) шкал «деструктивная агрессия» и «дефицитарное внутреннее Я-отграничение», подтверждающая предположение о том, что деструктивные вспышки возникают по причине неконтролируемых наплывов неосознанных переживаний. Испытуемые накапливают внутреннее напряжение, а затем взрывообразно выплескивают его на окружающих.

У этой же группы испытуемых обнаруживается сильная связь ($r=0,730$) между шкалами «дефицитарное внешнее Я-отграничение» и «деструктивный нарциссизм», отражающая желание больных с РЛ неустойчивого круга загладить свою вину перед окружающими за неконтролируемые вспышки гнева. Как указывалось ранее, особенность их взаимодействия с окружающими людьми, в связи с которой им трудно отказывать другим людям, вызвана снижением самооценки и переживаемым чувством вины за деструктивные вспышки.

Таким образом, на основе вышеописанных результатов нам удалось выделить ряд мишеней психотерапии. Для группы пациентов с личностными расстройствами возбуждимого круга удалось очертить следующий круг мишеней:

1) нозоспецифичные мишени: аффективная напряженность, эго-синтонность симптоматики, делинквентное поведение;

2) лично-специфичные мишени: нарушение функции внутреннего контроля в эмоциональной сфере, гневливость, агрессивность, ощущаемый дефицит острых ощущений, завышенная самооценка, аморальные установки;

3) психотерапевтические мишени, специфичные для психотерапевтического процесса: отсутствие мотивации к лечению, сопротивление, недоверие к психотерапии и психотерапевту;

4) психотерапевтические мишени, специфичные для психотерапевтического метода: нарушение интеграции «супер-эго», повышение деструктивной агрессии, отсутствие зрелых способов сублимирования, повышение дефицитарной тревоги и страха, повышение деструктивного внешнего Я-отграничения, повышение деструктивной и дефицитарной сексуальности.

Для группы пациентов с личностными расстройствами тормозимого круга удалось очертить следующий круг мишеней:

1) нозоспецифичные мишени: тревожно-фобический синдром, расстройства сна, ипохондрический синдром;

2) лично-специфичные мишени: неуверенность в себе, подчиняемость, пассивность, низкий уровень коммуникативных навыков, пониженная самооценка, ангедония;

3) психотерапевтические мишени, специфичные для психотерапевтического процесса: сопротивление, тревога;

4) психотерапевтические мишени, специфичные для психотерапевтического метода: слабость «эго», преобладание дефицитарной агрессии, повышение деструктивной тревоги и страха, повышение деструктивного внешнего Я-отграничения, повышение деструктивного внутреннего Я-отграничения, снижение конструктивного, повышение деструктивного и дефицитарного нарциссизма, повышение дефицитарной сексуальности.

Для группы пациентов с личностными расстройствами неустойчивого круга удалось очертить следующий круг мишеней:

1) нозоспецифичные мишени: инфантильность, импульсивные аффективные вспышки, аутоагрессия;

2) личностно-специфичные мишени: неустойчивость настроения, поверхностность, низкая способность к рефлексии и заботе о себе, гиперсоциализация, неспособность отказывать людям, отсутствие контроля над желаниями и побуждениями;

3) психотерапевтические мишени, специфичные для психотерапевтического процесса: плохая переносимость фрустрации в психотерапевтическом контексте, актуализация психологических защит;

4) психотерапевтические мишени, специфичные для психотерапевтического метода: недостаточность контролирующей функции «эго», повышение деструктивной и дефицитарной тревоги и страха, повышение дефицитарного внешнего Я-отграничения, повышение дефицитарного внутреннего Я-отграничения, деструктивный нарциссизм, повышение деструктивной и дефицитарной сексуальности.

Выводы

1. Больные алкогольной зависимостью с личностными расстройствами возбудимого круга обладают разнонаправленными тенденциями на созидание и разрушение. Не успев что-то создать, они стремятся это разрушить. Таким пациентам свойственно постоянно испытывать нехватку впечатлений; алкоголь является для них средством увеселения, поднятия настроения и источником приятных эмоций. У таких личностей обнаруживается недостаточность контролирующей функции «супер-эго».

2. Больные алкогольной зависимостью с личностными расстройствами тормозимого круга из-за нехватки энергии не способны уйти от привычных стереотипов поведения, испытывают тревогу и страх перед новыми впечатлениями и после первых неудач возвращаются к предыдущей точке комфорта. И, когда таковой становится алкогольная зависимость, больным очень тяжело с ней справиться.

3. Больные алкогольной зависимостью с расстройствами личности неустойчивого круга подвержены деструктивным вспышкам, после которых долгое время испытывают чувство вины. Они склонны накапливать напряжение, подавляя его. Алкоголь используется как средство временного снятия напряжения. Для лиц этой подгруппы характерна недостаточность регулирующей функции «эго».

4. Нарушения центральных личностных функций больных алкоголизмом с личностными расстройствами существенно отличаются внутри группы испытуемых, характер этих нарушений зависит от типа личностного расстройства, а не от нозологии.

5. Повышение уровня адаптации в группе испытуемых с расстройствами личности обеспечивается за счет искажения гуманструктуры центральных личностных функций.

Список литературы

1. Abraham K. The psychological relation between sexuality and alcoholism. Selected Papers of Karl' Abraham. New York: Basic Books, 1908. 10 p.
2. Ammon G. Handbuch der dynamischen Psychiatrie. Hrsg. G. Ammon: Bd. 2. München: Reinhardt, 1981.
3. Аммон Г. Динамическая психиатрия. СПб., 1995. 200 с.
4. Игонин А.А., Клименко Т.В., Кривенков А.Н., Тузикова Ю.Б. Асоциальное поведение лиц с алкогольной зависимостью // Наркология. 2006. № 3. С. 48–52.
5. Кошкина Е.А., Павловская Н.И. Анализ алкогольной политики в странах Партнерства «Северное Измерение» и рекомендации по повышению ее эффективности // Вопросы наркологии. 2012. № 5. С. 62–77.
6. Rado S. American handbook of Psychiatry. Vol 1. NY, 1967.
7. Wieder H., Kaplan E. Drug use in adolescents. Psychoanalytic study of the child. 1969. Vol. 24. P. 399–431.
8. Wurmser L. Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. J. Am. Psychoanal. Assn. 1974. Vol. 22. P. 820–843.
9. Ледванова Т.Ю., Витренко М.Ю., Коломейчук А.В., Бычков Е.Н. Психозтиология алкоголизма в контексте динамической концепции личности: сборник научных трудов областной научно-практической конференции психиатров, наркологов и психотерапевтов. Саратов, 2007. С. 21–25.
10. Ледванова Т.Ю., Волкова Н.С., Витренко М.Ю. Нарушение центральных личностных функций у больных алкоголизмом с сопутствующими специфическими расстройствами личности: сборник научных трудов областной научно-практической конференции психиатров, наркологов и психотерапевтов. Саратов, 2009. С. 94–98.
11. Коломейчук А.В., Барыльник Ю.Б., Ледванова Т.Ю., Филиппова Н.В. Современные подходы к прогнозированию ремиссий при алкогольной зависимости // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2014. № 8. С. 51–56.
12. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б., Бондарева К.Ю. Изменения личности у больных алкоголизмом // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2019. № 5. С. 18–29.
13. Назыров Р.К., Ремесло М. Б., Ляшковская С.В., Холявко В.В, Павловский И.О. Типология психотерапевтических мишеней и её использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами: методические рекомендации. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2014. 18 с.
14. Кабанов М.М., Незнанов Н.Г. Очерки динамической психиатрии. СПб.: НИПНИ им. Бехтерева, 2003. 438 с.

15. Маклаков А.Г., Чермянин С.В. Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ). Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / Ред. и сост. Д.Я. Райгородский Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2006. С. 549-672.