

Эмоциональная сфера подростков, больных опийной наркоманией

ДРОЗДОВ А.З.

д.м.н., профессор, зав. лабораторией клинической биохимии

ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

ИВАНЦОВ О.В.

руководитель структурного подразделения «Взаимодействие» ГОУ ЦПМСС, Москва

КАРДАШЯН Р.А.

д.м.н., доцент кафедры психотерапии и наркологии РУДН, Москва

КОГАН Б.М.

д.биол.н., профессор, ведущий научный сотрудник лаборатории нейробиологии

ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Представлены результаты клинко-психологического обследования 56 юношей в возрасте 16—18 лет, находившихся на лечении в наркологическом диспансере с диагнозом «опийная наркомания». По результатам проведенного исследования обнаружено, что у больных опийной наркоманией наблюдаются отличия в эмоциональной сфере (по состоянию депрессии, состоянию дистимии, состоянию фрустрации, состоянию эмпатии, уровню невротизации, уровню эмоциональной возбудимости) по сравнению со здоровыми сверстниками.

Введение

В последнее десятилетие проблема наркомании стала приобретать все большие масштабы. Все больше людей, в основном подростки, начинают употреблять психоактивные вещества (ПАВ). Наркомания продолжает «молодеть», в том числе и в России. По последним данным, более 60% наркоманов в возрасте 18—30 лет и почти 20% — школьники. Информация Минздрава РФ показывает, что средний возраст приобщения к наркотикам в России составляет 15—17 лет, но участились случаи первичного употребления наркотиков детьми 11—13 лет.

В связи с этим необходимо более глубокое, детальное изучение различных аспектов этого заболевания. Многие в структуре личности больного наркоманией изучаются и интересуют исследователей. Одним из направлений исследования является эмоциональная сфера больного наркоманией, ее особенности и закономерности.

В связи с тем, что эмоциональная сфера человека играет большую роль в его жизнедеятельности, так как именно с помощью эмоций, эмоциональных переживаний и состояний человек показывает свое отношение к окружающей его действительности, важным является ее изучение у здоровых людей, и тем более у больных, в конкретном случае у больных опийной наркоманией.

Как отмечают Е.Д. Хомская и Н.Я. Батова, вопрос о мозговой организации эмоциональной сферы мало разработан. Авторы выделяют два направления в изучении мозговой организации эмоциональной сферы: узкий локализационизм и системный подход [17].

Сторонники узколокализационистских концепций утверждают, что для каждой «базовой» эмоции име-

ются свои центры. Так, в опытах на животных и при терапевтических вмешательствах на человеке с использованием электростимуляции определенных участков мозга было показано, что передние части островка, задние отделы гипоталамуса, покрышка, миндалевидное ядро связаны с эмоцией страха, миндалина и срединный центр таламуса — с яростью, передний отдел гипоталамуса, миндалина, медиальные ядра таламуса — с эмоцией тревоги, вентромедиальные ядра таламуса, зона перегородки и фронтальные области — с переживанием удовольствия [2]. Таким образом, эмоциональное реагирование связывается этими авторами в основном с подкорковыми центрами.

Однако эти исследования показали, что узко локализованные раздражения головного мозга вызывают лишь незначительное число эмоций. Остальные эмоции не имеют строгой локализации и образуются как условнорефлекторные сочетания базовых эмоций, формирующиеся в процессе приобретения социального опыта.

Исследователи, придерживающиеся системных взглядов на подкорковый субстрат эмоций, говорят о существовании «эмоционального мозга», или так называемого круга Пейпеца. «Эмоциональный мозг» изображается как система, состоящая из трех взаимосвязанных звеньев:

1) лимбической системы переднего мозга (гиппокамп, перегородка, периформная кора и другие образования);

2) гипоталамуса (32 пары ядер переднего комплекса, связанные с парасимпатической вегетативной нервной системой, а также задний комплекс, связанный с симпатической нервной системой);

3) лимбической области среднего мозга (центральное серое вещество, околоцентральная ретикулярная формация).

В настоящее время лимбической системе отводится роль координатора различных систем мозга, участвующих в обеспечении эмоционального реагирования, так как центральное звено «лимбического мозга» имеет двусторонние связи как с подкорковыми структурами, так и с различными областями коры больших полушарий. Роль новой коры в регуляции эмоций показана в ряде экспериментов на животных и клинических наблюдений на людях [8, 14].

Р. Соломон и Д. Корбит выдвинули не лишнюю некоторых оснований гипотезу об индукционном механизме возникновения противоположных по знаку эмоций, в соответствии с которой активация позитивного аффекта косвенно активирует противоположный этой эмоции негативный аффект. И наоборот, негативный аффект активирует позитивный аффект. Следовательно, радость является функцией некоторого первичного негативного переживания. Это соответствует физиологическим представлениям об индукции по одновременности, когда возбуждение одного центра приводит к торможению смежного, а торможение первого приводит к возбуждению второго [24].

Некоторые авторы связывают отрицательные эмоции преимущественно с активацией симпатического отдела вегетативной нервной системы, центральных адренергических структур, а положительные эмоции — с активацией парасимпатического отдела и структурами холинергической природы [1].

Однако П.В. Симонов отмечает, что многочисленные экспериментальные факты свидетельствуют об участии обоих отделов вегетативной нервной системы в реализации как положительных, так и отрицательных эмоциональных состояний и что взаимодействие центральных представительств симпатического и парасимпатического отделов не сводится к прямой реципрокности: усиление активности этих отделов может происходить одновременно. П.В. Симонов считает, что степень участия симпатических и парасимпатических влияний зависит от характера отрицательной эмоции [15].

В.К. Вилюнас справедливо отмечает, что «многое из того, что в учении об эмоциях по традиции называют многообещающим словом *теория*, по существу представляет собой скорее отдельные фрагменты, лишь в совокупности приближающиеся к ...идеально исчерпывающей теории» [5]. Каждая из них выпячивает какой-то один аспект проблемы, тем самым рассматривая лишь частный случай возникновения эмоции или какого-то ее компонента.

Разбор достоинств и недостатков различных теорий формирования и развития эмоций человека не является задачей представленной работы, но хочется подчеркнуть, что и сегодня в литературе встречаются сторонники и противники «ассоциативной» теории

В. Вундта [8], «периферической» теории У. Джемса — Г. Ланге [6, 11], теории У. Кеннона — П. Барда [14], психоаналитической теории эмоций [20, 22], сосудистой теории выражения эмоций И. Уэйнбаума и ее модификаций [18], биологической теории эмоций П.К. Анохина [8], теории когнитивного диссонанса Л. Фестингера [16], когнитивно-физиологической теории эмоций С. Шехтера [23], познавательной теории эмоций М. Арнольд — Р. Лазаруса [4, 19, 21], информационной теории эмоций П.В. Симонова [15], теории дифференциальных эмоций К. Изарда [7].

Анализируя данные, полученные исследователями в рамках изучения эмоциональной сферы больных опийной наркоманией, можно выделить ее характерные особенности. Эмоциональные расстройства в клинике опийной наркомании, по данным Л.Н. Благоева, преобладают как в структуре абстинентного синдрома, так и в период формирования ремиссии. Со временем они становятся достаточно стойкими, формируя своеобразную наркоманическую личность. Расстройства настроения тесно связаны с другими психопатологическими проявлениями. Чаще всего у больных отмечается пониженное настроение на фоне астении, проявляющейся вялостью, слабостью, снижением волевой активности, повышенной истощаемостью, эмоциональной лабильностью. В ряде случаев наблюдаются более очерченные депрессивные состояния с выраженной тревогой, иногда достигающей степени агитации, суточным колебанием аффекта с большей выраженностью в вечерние часы. Нередко встречаются жалобы на тоску, которая, однако, не достигает степени витальной. Очень частыми являются расстройства дисфорического круга. Они свидетельствуют о наибольшей интенсивности патологического влечения к наркотику [3].

Курек Н.С. и Самойлова М.В., проведя сравнительное психологическое исследование эмоциональных особенностей больных опийной и эфедроновой наркоманиями, обнаружили у них снижение точности распознавания эмоций по невербальной экспрессии и увеличение числа неэмоциональных ответов, что можно рассматривать как признак снижения эмоционального резонанса в общении, эмпатии, повышения порога чувствительности к переживаниям другого человека, т.е. эмоциональной тупости. У больных эфедроновой наркоманией точность распознавания эмоций снижена в меньшей степени, чем у опийных наркоманов [10].

Курек Н.С. [9], используя медико-психологический подход, установил, что готовность к наркотизации у подростков обусловлена прежде всего особенностями их эмоциональной сферы: низкой стрессоустойчивостью, повышенной тревожностью, импульсивностью и т.д. Учитывая все три компонента эмоций: когнитивный, экспрессивный, субъективный, — автор

рассматривает эмоциональные расстройства у наркоманов как интегративные индикаторы различных форм социального неблагополучия и дезадаптации.

Рохлина М.Л. и Козлов А.А. провели исследование, в котором было изучено 127 больных опийной наркоманией, проходивших стационарное лечение в ННЦ наркологии МЗ РФ. У большинства больных наблюдались расстройства аффективной сферы. Они были наиболее выражены в абстинентный и постабстинентный периоды и характеризовались дисфорической (наиболее часто), тоскливой или апатической депрессией. Длительное время у больных сохранялись аффективная лабильность, ипохондричность, астения, бездеятельность, неспособность заняться каким-либо трудом, читать. Авторы утверждают, что хроническое злоупотребление наркотиками приводит к значительным изменениям личности. Эмоциональная сфера характеризуется стрессом в результате фрустрированности, потребности в [12].

Надо отметить, что во всех приведенных работах анализируются показатели эмоциональной сферы больных опийной наркоманией в возрасте старше 25 лет, а особенности подростков и юношей, страдающих физической зависимостью от опиатов, изучены недостаточно, что и определило актуальность проведенного исследования.

Объект и методы исследования

Объектом исследования были 90 чел., разделенных на 2 группы. В первую группу вошли пациенты (56 юношей в возрасте 16—18 лет), находившиеся на лечении в наркологическом диспансере №12 г. Москвы с диагнозом *наркомания*. Во вторую группу из 34 чел. вошли студенты МГПУ, возраст 17—18 лет.

Для выявления особенностей эмоциональной сферы у больных опийной наркоманией и последующего сравнения полученных результатов с группой здоровых у всех испытуемых проведено определение «Склонности к постоянному пониженному настроению (дистимии)» (методика предложена Бойко В.В.), «Определение состояния фрустрации» (методика разработана Бойко В.В.), «Неуправляемая эмоциональная возбудимость» (методика разработана Бойко В.В.), «Определение уровня депрессии» (предлагаемая методика Жмурова В.А. дается в авторской модификации Бойко В.В.), «Определение уровня невротизации» (методика разработана Вассерманом Л.И.), «Диагностика уровня эмпатии» Юсупова И.М.

Результаты исследования

Результаты проведенного исследования демонстрируют, что у больных опийной наркоманией наблюдаются более высокие показатели уровня депрессии,

чем у здоровых, что может быть связано с тем, что при отказе от наркотиков в процессе лечения больные чувствуют себя подавленными, уставшими, лишенными различных переживаний, связанных с употреблением наркотиков.

Таблица 1

Определение уровня депрессии

Уровень депрессии	Группа	
	Здоровые	Больные
Низкий	70,0%	76,7%
Средний	30,0%	13,3%
Высокий		10,0%

Из табл. 1 видно, что по результатам проведенной методики у здоровых людей высокий уровень депрессии отсутствует, тогда как у больных он составляет 10%. Средний уровень у здоровых более чем в 2 раза выше, чем у больных наркоманией. Низкий уровень преобладает у больных наркоманией, существенно не отличаясь от уровня депрессии у здоровых сверстников, это можно объяснить тем, что, больные наркоманией в юношеском возрасте сравнительно легко справляются с отменой наркотиков и не «уходят» в глубокую депрессию.

Определение состояния фрустрации показало, что среднее значение данного параметра у больных опийной наркоманией выше, чем у здоровых людей, это говорит о том, что у больных более выражено неудовлетворение значимых для индивида потребностей (желаний), соответственно это ведет за собой повышение уровня тревоги. Следовательно, в состоянии фрустрации возможны отрицательные психические реакции, проявлением которых являются повышенная возбудимость, раздражительность, агрессия, отчаяние, разочарование. Также еще можно заметить, что возникновение фрустрации не только обусловлено объективной ситуацией, но и зависит от особенностей личности. У здоровых людей уровень фрустрации ниже вследствие возможности удовлетворения своих потребностей (желаний) и таким образом избавления от фрустрирующей ситуации.

Таблица 2

Определение состояния фрустрации

Уровень фрустрации	Группа	
	Здоровые	Больные
Низкий	50,0%	16,7%
Средний	40,0%	63,3%
Высокий	10,0%	20,0%

Из табл. 2 видно, что у группы больных результаты по высокому и среднему уровню значительно выше, чем у здоровых. Низкий уровень, наоборот, более выражен у здоровых. Высокий уровень выше в 2 раза, это говорит о том, что на момент проведения методики больные были сильно фрустрированы, и одна из наиболее важных причин, почему это происходило, была отмена опиатов. Очевидно, что психопатологическим отражением резко сниженной толерантности к фрустрации у больных опишной наркоманией служат такие характерные для опиатной зависимости клинические симптомы, как нетерпеливость и непереносимость психофизического дискомфорта. Возможно, снижение толерантности к фрустрации, возникающее в ходе употребления опиоидов, следует рассматривать как один из ведущих психологических механизмов, лежащих в основе формирования психического компонента зависимости и специфических для опишной наркомании типов патологического (аддиктивного) развития личности [13].

В табл. 3 мы видим, что у группы здоровых по высокому уровню дистимии не набрано ни одного процента. В группе больных наркоманией результат составляет 20%. Также очень сильно заметна разница и в остальных уровнях. Поэтому можно предположить, что больные наркоманией в процессе лечения подвержены гораздо чаще понижению настроения (дистимии), вероятно, в связи с отменой наркотиков.

Таблица 3

Склонность к дистимии

Уровень дистимии	Группа	
	Здоровые	Больные
Низкий	76,7%	36,7%
Средний	23,3%	43,3%
Высокий	—	20,0%

Следовательно, дистимия у больных наркоманией более выражена, это может проявляться в угрюмости, печали, пониженном настроении, снижении интересов.

Таблица 4

Диагностика уровня эмпатии

Уровень эмпатии	Группа	
	Здоровые	Больные
Средний	13,3%	46,7%
Высокий	86,7%	53,3%

В табл. 4 отсутствуют показатели низкого уровня эмпатии у представителей обеих групп. Это дает возможность предположить, что состояние эмпатии в разной степени и в разном проявлении свойственно

всем испытуемым, но больным наркоманией в меньшей степени, что свидетельствует о том, что здоровые юноши более настроены на поддержку и помощь им в случае необходимости.

Безусловно, результаты, полученные в процессе выполнения представленного исследования о нарушении эмоциональной сферы у юношей, больных опишной наркоманией, нельзя трактовать только как следствие злоупотребления наркотиками или абстинентных расстройств. На наш взгляд, нельзя игнорировать предположение о том, что выявленные особенности эмоциональной сферы были у данной категории пациентов и до болезни, т.е. в преморбиде. Важно подчеркнуть, что отклонения в поведении подростков обусловлены, как правило, их личностными негативными психическими состояниями. Можно согласиться, что предболезнь — это «дисфункциональное состояние», психическая дезадаптация, выходящая за рамки нормы, но не достигающая степени болезни. Предболезнь отражает вероятность возникновения заболевания. Присущая ей дезадаптация достигает степени субклинических расстройств, однако от болезни они отличаются одним или несколькими следующими признаками: клинической неочерченностью расстройств, большей их обратимостью, эпизодичностью, парциальностью, доступностью контролю сознания и воли, наличием критики. Такое понимание предболезни способствует улучшению диагностики психических расстройств, решению вопросов прогноза заболевания, выделению групп повышенного риска.

Список литературы

1. Анохин П.К. Значение ретикулярной формации для различных форм высшей нервной деятельности // Физиологический журнал СССР. — 1957. — №11. — С. 1072—1085.
2. Бехтерева Н.П. Здоровый и больной мозг человека. — М.: Медицина, 1980.
3. Благов Л.Н. Опиоидная зависимость: клиничко-психопатологический аспект. — М.: Гениус, 2005.
4. Васильев И.А. Теоретическое и экспериментальное изучение интеллектуальных эмоций: Дисс. на соискание ученой степени канд. наук. — М., 1976.
5. Вилунас В.К. Основные проблемы психологической теории эмоций // Психология эмоций: Тексты. — М.: Изд. МГУ, 1984.
6. Джемс У. Психология. — М., 1991. — Гл. XXIV
7. Изард К. Психология эмоций. — СПб.: Питер, 2000.
8. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. — СПб.: Питер, 2001. — С. 14; 66—90;
9. Курек Н.С. Особенности экспрессивно-импрессивного аспекта эмоциональной сферы больных наркоманией // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1991. — Т. 91, №2. — С. 64—67.
10. Курек Н.С., Самойлова М.В. Психологическое исследование эмоциональных особенностей больных опишной и эфедроновой наркоманиями (мужчин) // Актуальные вопросы наркологии: Тезисы респуб. совещания наркологов 24—25 апреля 1989 г. — Ашхабад, 1989. — С. 66—70.

11. Ланге Н.Н. Психологический мир. Избранные психологические труды. — М. — Воронеж: Институт практической психологии — МОДЭК, 1996.
12. Рохлина М.А., Козлов А.А. Изменения личности у больных опийной наркоманией // Независимый психиатрический журнал. — 2004. — №2. — С. 33—36.
13. Сиволап Ю.П., Савченков В.А., Мирошниченко В.В., Савельева С.В. О толерантности к фрустрации при алкоголизме и опийной наркомании // Вопросы наркологии. — 2003. — №1. — С. 47—50.
14. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию: Т. I. Учебник для студентов медицинских вузов. — М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000.
15. Симонов П.В. Теория отражения и психофизиология эмоций. — М.: Наука, 1970.
16. Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса. — СПб.: Речь, 2000.
17. Хомская Е.Д., Батова Н.Я. Мозг и эмоции. Нейропсихологическое исследование. — М., 1998.
18. Adelman P.K., Zajonc R.B. Facial efference and the experience of emotion // Ann. Rev. Psychol. — 1989. — Vol. 40. — P. 249—280.
19. Arnold M.B. Emotion and Personality. Vol. I. Psychological aspects. Vol. 2. Neurological and physiological aspects. — N.Y., 1960.
20. Holt R.R. Beyond vitalism and mechanism: Freud's concept of psychic energy // Science and Psychoanalysis. — N.Y.: Grune and Stratton, 1967.
21. Lazarus R.W. Cognition and motivation // Amer. Psychol. — 1991. — Vol. 46. — P. 352—367.
22. Rapaport D. On the psychoanalytic theory of motivation // M.R. Jones (ed.) Nebraska Symposium on Motivation. — Lincoln, NE.: University of Nebraska Press, 1960. — P. 173—257.
23. Schachter S. The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state // L. Berkowitz (ed.) Advances in experimental social psychology. — N.Y., 1964.
24. Solomon R.L., Corbit J.D. An opponent process theory of motivation // Psychological Review. — 1974. — Vol. 81. — P. 119—145.

THE EMOTIONAL CONDITION OF TEENAGERS SUFFERING FROM OPIUM ADDICTION

DROZDOV A.Z.

M.D., Ph.D., professor, head of the clinical biochemistry laboratory of social judicial psychiatry
NSC of V.P. Serbskiy, Moscow

IVANTSOV O.V.

head of structural the subdivision NOC CPMSS, Moscow

KARDASHYAN R.A.

M.D., Ph.D., Faculty Psychotherapy and Narcology, Medicine Faculty, Postgraduate Studies,
Russian University People Friendship, Moscow

COHAN B.M.

B.D., Ph.D., professor, the chief scientific worker the laboratory of neurochemistry of social judicial psychiatry
NSC of V.P. Serbskiy, Moscow

The current study investigates the clinical psychological condition of 56 men aged 16—18 suffering from opium addiction and receiving treatment at a narcologic clinic. The findings demonstrated that changes in the emotional condition of patients with opium addiction were evident (the state of depression, the state of dysthymia, the state of frustration, the state of empathy, the level of nervousness, the level of emotional excitation) when compared to healthy men.