

Типология изменений личности при длительном течении наркомании

ЧИРКО В.В.
КУЗНЕЦОВА В.В.

д.м.н., профессор, руководитель учебно-методического Отдела ННЦ наркологии МЗ России, Москва
врач психиатр-нарколог, Новосибирский городской центр реабилитации наркологических больных,
аспирант ННЦ наркологии МЗ России

Обсуждаются роль изменений некоторых личностных радикалов в динамике взросления больных наркоманией и значение ситуационно-средового влияния в становлении длительных ремиссий и дезактуализации влечения к психоактивным веществам (ПАВ). В частности, пребывание в условиях военной службы в малочисленном военном гарнизоне или местах отбывания наказаний, известие о тяжелом соматическом осложнении наркотизации имеют решающее значение в распаде сверхценных образований в личностных структурах пубертата, способствуют изживанию черт инфантилизма, эгоцентризма и ведут к дезактуализации влечения к ПАВ с полным отказом от наркоманического прошлого. Глубокое понимание закономерностей личностных перестроек в динамике наркотической зависимости открывает новые перспективы психотерапевтической модели «стрессорно-шокового» воздействия в лечебно-реабилитационной практике в наркологии.

В современной наркологической литературе, как отечественной, так и зарубежной, преобладает пессимистическая оценка лечебных и реабилитационных возможностей в отношении больных наркоманией, созвучная давно укоренившейся, так называемой нисходящей теории, наркомании. Согласно ей, наркомания неизбежно приводит либо к смерти, либо к тюрьме, либо к безвыходному пребыванию в психиатрической больнице. Однако углубленное изучение длительного, многолетнего течения и исходов наркоманий представляет все больше фактов, заставляющих усомниться в незыблемости этого утверждения. Лонгитудинальные исследования наркомании позволили, во-первых, более объективно оценить истинную значимость факторов, влияющих на регресс осевых симптомокомплексов наркоманий; во-вторых, более адекватно и дифференцированно очертить круг реальных лечебных задач на каждой стадии движения болезни; понять, чего можно реально добиться имеющимися средствами на каждом конкретном этапе течения процесса, а какая цель останется недостижимой; в-третьих, появилось больше шансов прогнозировать течение и исход болезни, что может способствовать выработке действительно системного подхода к созданию перспективных терапевтических программ.

Бесспорно установлено, что в формировании, течении и исходах наркоманий личностный фактор играет основополагающую роль [2, 4, 9,13]. Клинико-психопатологический подход в изучении влияния личности на патофизику психических расстройств вообще и для становления химической зависимости в частности показывает, что движущий мотив аддиктивного поведения — не поддающаяся контролю потребность «изменить свое психическое состояние» — реализуется по довольно ограниченному общему набору схем. Каждая из этих схем — отражение основных, определяющих все содержание психической жизни, личностных императивов. По убывающему порядку их значимости они располагаются следующим образом:

- замещение самоубийства;
- оппозиция к обществу и ненависть к себе;
- бегство в призрачный мир фантазий;
- ненасытность, необузданность желаний;
- желаемое усиление активности;
- невозможность достижения спонтанных дружеских отношений и удовольствий;

- дефицит истинных отношений и замкнутость;
- желание видеть реальный мир таким, как хочется;
- претенциозность;
- душевная пустота.

Как легко видеть, эти мотивы не чужды, в сущности, никому. Однако в наибольшей мере они являются отражением глубоко личных, сокровенных потребностей инфантильной личности. В жизни всякого человека бывают моменты тревог, отчаяния, страданий, и каждый хотел бы безболезненно и быстро избавиться от своего тяжелого настроения, притупить остроту конфликтов, забыть о заботах или укорах совести. Но личность зрелая отдает себе отчет в том, что устранить свои тяжелые переживания напряжением воли хотя и очень трудно, но возможно. Для инфантильной же личности соблазн достичь такой цели быстро и легко с помощью химических средств оказывается подчас непреодолимым. Поэтому становится понятным, что «поиск» или «выбор» того или иного психоделического эффекта строго определен исходными, имманентными личностными императивами. Что же касается непосредственных социально-средовых влияний, значение которых подчас оказывается даже более важным, чем исходно-конституциональных, то они в основном играют роль регуляторов, которые либо облегчают, либо тормозят реализацию такого личностного императива.

С середины последнего десятилетия популяция молодых больных героиновой наркоманией пополняется главным образом за счет психически инфантильных и неустойчивых личностей. Они характеризуются специфическим сочетанием незрелости эмоционально-волевой сферы и недостаточности познавательной деятельности. Общеизвестно, что показателями зрелости в развитии личности являются способность к целенаправленной деятельности, с одной стороны, и установлению адекватных отношений с окружающими, с другой. Эти качества, являющиеся выражением сложной и многообразной структуры личности, сформировались исторически. У изученных нами больных оказались нарушенными обе эти стороны, что обуславливало неспособность к длительным и целенаправленным занятиям, неустойчивость настроения, внушаемость, частую смену интересов, склонность к асоциальному, делинквентному поведению. На раннее

развитие таких больных существенно влияли дисгармоничность взаимоотношений родителей, «столкновение характеров»: как правило, негибкого, с элементами бескомпромиссности, «без полутонков» отцов и истероидного, с завышенной самооценкой матерей, старавшихся создать из детей «кумиров семьи». В результате к пубертатному возрасту ведущее место в структуре личности у больных занимали черты инфантильного эгоцентризма с самопереоценкой, снижением критики к себе и слабостью высших морально-этических чувств. Однако степень характерологических сдвигов не достигала границ патологии. Инфантильной незрелостью объясняется восторженная самоотдача «элитной среде» со всеми ее «притягательными пороками». Обычно начало приема наркотиков, как и противоправные действия, было обусловлено внушаемостью и подражательностью, совершалось в ситуативно-импульсивной форме, всегда в группе. Мотивация участия в этом также была инфантильной: «от нечего делать», «за компанию», из желания «развлечься», показать «презрение» к опасности, утвердить себя в глазах сверстников, получить их признание, «приобщиться к избранным».

Экстатические переживания начальных эпизодов введения опиатов способствовали созданию эмоционально-значимой «базы» сверхценной структуры синдрома патологического влечения. Влечение к наркотику практически изначально становилось осознанным и постоянным. Примечательно достаточно продолжительное сохранение инициальных протопатических ощущений и основного экстатического фона действия наркотика, что не сопровождалось быстрым ростом толерантности. Обращает на себя внимание реакция личности на прогрессирование основной симптоматики зависимости — появление элементов критической самооценки, тревога по поводу возможного фатального результата, изменение эмоционального фона в сторону дистимического. Прослеживаются и элементы истинной борьбы мотивов при реализации патологического влечения. Это свидетельствует об отсутствии глубокой паранойальной охваченности и полного слияния сверхценной структуры синдрома патологического влечения с личностью.

Формирование личностных сдвигов в виде эндоформного (пизоформного) астено-апатического личностного регресса, заострения преморбидных характерологических черт, ипохондрического развития или психоорганического личностного регресса завершается уже в первые 2—3 года аддикции. Дальнейшая динамика личностных сдвигов определяется типом течения болезни. Прогрессирующее нарастание наркоманического дефекта вплоть до органического слабоумия происходит у больных с непрерывно-прогредиентным и прогредиентно-поступательным типами течения. При стационарном и интермиттирующем типах течения, невзирая на продолжающееся злоупотребление, дальнейшего заметного углубления дефекта, как правило, не происходит. Эти типы личностных изменений в эволюции наркомании достаточно подробно описаны [2, 4, 5, 6].

Однако до настоящего времени очень мало внимания уделялось изучению другой модальности личностных изменений у больных наркоманией.

Многолетние катamnестические наблюдения показали, что в процессе эволюции болезни у ряда больных происходит перераспределение облигатных и факультатив-

ных личностных радикалов с взрослением и выходом из инфантилизма. При этом четко прослеживалась важная закономерность: сглаживание инфантилизма знаменовало собой деактуализацию влечения к наркотику.

Затухание синдрома патологического влечения и возможность изменения типа течения болезни определяется несколькими группами факторов. В контексте динамического рассмотрения сверхценной синдромальной структуры патологического влечения — помимо зарождения — ключевой интерес представляет другое крайнее звено: процесс его распада. При этом значение последнего для психопатологического анализа не менее важно, поскольку процесс распада более демонстративен, в нем легче подметить разные формы и отдельные этапы руинизации сверхценной структуры.

Сверхценная структура синдрома патологического влечения может подвергаться редукции при возрастных изменениях с отчуждением личностью своего прошлого по мере взросления, созревания, сглаживания психического инфантилизма по выходе из пубертатного периода — при обязательном условии прохождения тяжелого ситуационно-стрессорного воздействия (созревание ценой потери). В ряде подобных случаев патологическое влечение разрушается по механизму личностной сверхкомпенсации.

Предположение о возможности благоприятного развития заболевания возникло при анализе результатов катamnестических исследований, охватывавших примерно десятилетний период. Оказалось, что у ряда больных отказ от наркотиков и других психоактивных веществ последовал за длительным периодом личностной изоляции. Такая изоляция происходила либо в условиях военной службы в очень малочисленном отдаленном гарнизоне, либо в виде пребывания в заключении.

Решающую роль в редукции синдрома патологического влечения у нескольких больных, прекративших прием наркотиков после службы в отдаленных военных точках, сыграли ситуационно-средовое влияние и возрастной фактор в развитии личности. Искусственная изоляция, которую следует признать достаточно экзотичной в системе социально приемлемых приемов воздействия (широкая практика подобных мер по понятным причинам невозможна), как бы подтолкнула перераспределение личностных радикалов, способствуя выходу из психического инфантилизма. Некогда доминирующие черты эгоцентризма отошли на задний план, произошло определенное отчуждение личностью своего прошлого с достаточно болезненной ревизией прежних ценностей. Именно эти процессы взросления оказали решающее влияние на распад сверхценной структуры синдрома патологического влечения. В складе личности больных наметилось преобладание черт шизоидности с замкнутостью, некоторой отгороженностью и стеничностью.

У больных, чье стойкое воздержание от наркотиков наступило после длительного пребывания в заключении, эволюцию основных синдромов болезни также нельзя рассматривать вне связи с кардинальной личностной перестройкой. Пребывание в заключении, продолжавшееся не менее 5 лет у каждого из них, знаменовалось ростом их криминальной карьеры. Недоступный для большинства заключенных, этот рост оказался возможным в результате «удачной» конstellации таких факторов, как способность к адаптации в экстремальной среде у личностей с

выраженным стеническим радикалом и лидерскими наклонностями в виде черт эпилептоидности с властью, «гиперсоциальным полюсом» — умением следовать существующим криминальным установкам, «жить по понятиям» наряду с достаточной физической силой и умением постоять за себя. Эти личности быстро «изживали» черты инфантилизма, что позволило им избежать участи тюремных «париев». Проявившиеся у них сила, надежность, твердая приверженность криминальным «понятиям» и отсутствие истероидной претенциозности обращали на себя внимание, и они сначала оказывались «удостоенными чести» быть зачисленными в «свиту» какого-нибудь «авторитета», а затем и сами занимали определенную ступень в криминальной иерархии. Ценой большой потери — лишения на много лет свободы — достигались закалка характера и взросление. Подобное «уголовное взросление» и вступление в новый «социальный статус» неизбежно вызвали отчуждение своего пубертатного прошлого и эволюцию прежних оценочных суждений. Прежние значимости воспринимались как нечто совершенно чуждое для личности. Отчуждение распространялось и на занимавшее когда-то доминирующее положение в системе побуждений и ценностей влечение к наркотикам. Больные говорили о своих прошлых пристрастиях, как о «детских глупостях, баловстве».

Мощь влияния этих возрастных изменений значимости, приводящих к дистанцированию своего прошлого и восприятию его как чего-то совершенно чуждого для личности, показал еще E. Bleuler, говоря, что даже перечитывание своих же юношеских дневников зачастую вызывает непонимание, неприятие и отторжение. Подобное отчуждение старых сверхценных образований пубертата Е.А. Шевалев (1938 г.) совершенно обоснованно рассматривал как примеры патологического создания качественно новых личностных феноменов, в которых ярко выступают механизмы сверхкомпенсации в форме прямой или видоизмененной реализации желаний и побуждений. Позднее этот феномен в эволюции героиновой зависимости был назван *maturing-out of addiction* — «выход из наркомании по взрослению» [14, 16]. Причем, непереносимым условием взросления авторы считали переживание длительного и сильного психотравмирующего воздействия. В данном случае отказ от наркотиков как условие роста в криминальной карьере — бесспорно патологический гиперкомпенсаторный феномен.

По нашим наблюдениям, в 1980-х годах этот вариант редукции патологического влечения обнаружили лишь чуть более 4% больных городской популяции Москвы, тогда как С. Winnick (1962 г.) объявлял о *maturing-out of addiction* примерно двух третей (!) наркоманов, а А. Thorley — одной трети. Клинический опыт последнего десятилетия — периода «героиновой экспансии» в России — свидетельствует об увеличении числа больных с таким вариантом течения наркомании.

Как известно, затухание паранойальной и/или сверхценной доминанты может происходить и за счет разрушения своего базиса — мощного застойного аффективного очага. Больной не разубеждался в своих идеях, только стал относиться к ним более равнодушно, со временем привык к создавшейся ситуации и стал смотреть на нее гораздо спокойнее, иногда даже аффективно тупо. Е.А. Шевалев называл это «шлифовкой бреда», когда тот наподобие старой монеты в долгом хождении тускнеет, стирается, теряет яркость, принимает чисто вербальное звучание.

Снижение аффективной «подпитки» сверхценной синдромальной структуры патологического влечения ведет точно к тому же. Лишенный индуцирующего влияния прежней компании наркоман теряет поисковую активность, а, возвращаясь в нее, вновь испытывает обострение влечения. Утрата прежней яркости и многообразия гедонистических нюансов непосредственного психофизического эффекта наркотика со временем неизменно приводит к снижению эмоциональной заинтересованности в повторении приема и как бы размывает фундамент сверхценной структуры.

Феномен взросления после болезни достаточно известен в педиатрической клинике, когда критический выход из тяжело протекавшей детской инфекции как бы знаменовал начало периода ускорения физического роста и психологического возмужания.

Знание этой закономерности делает понятным случаи, когда отказ от приема наркотиков у ряда больных происходил после тяжелых отравлений («передозировок») и длительного лечения в реанимационных отделениях. Пребывание в течение многих дней, а иногда и недель «между жизнью и смертью» заставляло пациентов «пересмотреть прошлое», «отказаться от прежних заблуждений».

Перераспределение личностных радикалов у этой группы больных протекало по астеноипохондрической модальности.

У ряда больных длительным и сильным психотравмирующим воздействием, заставившим отказаться от наркотиков, послужило развитие тяжелого парентерального вирусного гепатита. Репутация парентеральных вирусных гепатитов среди больных наркоманией во многом сопоставима с репутацией ВИЧ-инфекции или СПИДа. Отсюда и отношение к вирусному гепатиту у больных наркоманией базируется на близости восприятия и субъективных оценок ВИЧ-инфекций.

На болезнь, имеющую подобную репутацию, при осознании исходящей от соматической патологии угрозы существованию или качеству жизни инфантильная личность дает подчас крайне тяжелые психогенные реакции. Они включают широкий набор депрессивных, тревожно-фобических, ипохондрических расстройств и различной глубины витальный страх, появляющийся при нарушении жизненно важных функций в виде панических атак, «запускаемых» периферической составляющей эмоциональной дуги — импульсами, идущими из внутренних органов. Наряду с ними развиваются нарушения телесного самосознания, определяющие «внутреннюю картину болезни», ее «личностный смысл» (Lloid G.G., Cawley R.H., 1982). Здесь следует особо подчеркнуть, что такие реакции наблюдались у больных наркоманией лишь при развитии тяжелых форм активного вирусного процесса, тогда как получение больным одной лишь информации о наличии у него вируса без «подкрепления» физической патологией сколько-нибудь выраженных психогений не вызывало.

Как можно видеть, отказ от наркотиков после тяжелых отравлений и тяжелых гепатитов происходил также по механизмам *maturing-out*.

Таким образом, углубление понимания закономерностей участия личности в формировании наркотической зависимости и ее инволюции открывает перспективу для целенаправленного поиска психофармакологических и психотерапевтических средств, способных оказать доста-

точно мощное воздействие на стержень зависимости — синдром патологического влечения.

В настоящее время представляет особую актуальность подбор лечебно-реабилитационных технологий, призванных обеспечить возможность перераспределения личностных радикалов и редукции психического инфантилизма как основу *maturing-out*.

Методики системной интервенции и «марафона» можно гипотетически рассматривать в качестве психотерапевтической модели «стрессорно-шокового» воздействия, призванного способствовать реконструктивно-личностному процессу — сглаживанию психического инфантилизма как основе *maturing-out*.

Список литературы

1. Врублевский А.Г., Чирко В.В.// Сб. Проблемы наркологии. — Душанбе, 1989. — С. 230—232.
2. Демина М.В. Патоморфоз опийной наркомании: Дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 1999. — 137 с.
3. Донченко Б.Ф. // Проблемы наркологии. — Омск, 1979. — С. 89—93.
4. Пятницкая И.Н. Наркомании. — М., Медицина. — 1994. — 544 с.
5. Рохлиная М.Л., Козлов А.А. Героиновая наркомания. — М.: Анархасис, 2000. — 312 с.
6. Чирко В.В.// Некоторые проблемы наркоманий и токсикоманий. — М., 1989. — С. 142—149.
7. Чирко В.В. Закономерности течения и исходов наркоманий и токсикоманий, начавшихся в молодом возрасте (в свете отдаленного анамнеза): Дисс. на соискание уч. степени д.м.н. — М., 2001. — 249 с.
8. Anglin M.D., Brecht M.L., Woodward J.A.// Int. J. Addict., 1986. — Vol. 21, N 3. — P. 233—246.
9. Belding M.A. Et al.// Drug. Alc. Depend., 1995. — Vol. 39, N 1. — P. 45—53.
10. Brunswick A.F., Messeri P.A.// Adv. Alc. Subst. Abuse. — 1986. — Vol. 5, N 3. — P. 11—135.
11. Friedman A.S.// Am. J. Drug Alc. Abuse, 1996. — Vol. 22, N 1. — P. 57—73.
12. Maddux J.F., Desmond D.P.// Bull. Narcot., 1980. — Vol. 32, N 1. — P. 15—25.
13. Simpson D.D. Joe G., Leyman W., Sells S.// J. Drug Issues, 1986. — Vol. 16, N 1. — P. 107—122.
14. Thorley A.// Brit. J. Addict., 1978. — Vol. 32, N 2. — P. 229—232.
15. Vaillant G.E.// Arch. General. Psychiatry, 1973. — Vol. 29, N 3. — P. 237—241.
16. Winnick C.// Bull. Narcot., 1962. Vol. 14, N 1. — P. 1—6.
17. Winnick C.// Bull. Narcot., 1964. Vol. 15, N 1. — P. 1—11.

TYPING OF PERSONALITY MODIFICATIONS WHICH FORMED DURING LONG COURSE OF DRUG ADDICTION

- | | |
|-----------------|--|
| CHIRKO V.V. | Dr.med.sci., professor, Head of Dept. of National Research Center of Narcology, Moscow |
| KUZNETZOVA V.V. | Postgraduate researcher of National Research Center of Narcology, psychiatrist of Novosibirsk rehabilitation center for drug addict patients |