

# Клинико-психологические особенности аутоагрессивного поведения у больных опийной наркоманией

БИСАЛИЕВ Р.В.

ассистент кафедры наркологии и психотерапии  
Астраханской государственной медицинской академии

ВЕЛИКАНОВА Л.П.

к.м.н., доцент, заведующая кафедрой наркологии и психотерапии АГМА

*Статья посвящена проблеме аутоагрессии в структуре опийной наркомании. В связи с нарастающей социальной значимостью данного явления, рассматривались факторы, порождающие аутоагрессию и влияющие на интенсивность ее проявлений при наркомании. Приведенные данные необходимо учитывать при реализации программ первичной профилактики девиантного (аутоагрессивного) поведения. Угрожающий рост наркоманий свидетельствует о необходимости включения в лечебно-реабилитационный процесс целенаправленных превентивных мер аутоагрессивного поведения больных наркоманиями.*

В связи с широким распространением саморазрушающих форм поведения (алкоголизация, наркотизация) возрастает актуальность разработки способов их диагностики и профилактики [7, 9, 10]. Известно, что в развитии злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) участвуют генетические, средовые, а также индивидуально-личностные факторы [8, 12, 14, 18, 20]. Психологические особенности являются основополагающими в формировании начальных этапов отклоняющего (аддиктивного, агрессивного, аутодеструктивного) поведения [1—4, 10, 11]. Наркомания сама по себе является суицидогенноопасным заболеванием. Суицидальный риск при употреблении наркотических веществ может достигать 80% [5]. Существуют психологические теории, рассматривающие наркоманию как одну из форм аутоагрессивного поведения. Шнейдман Э.С. ставит в один ряд наркоманию с алкоголизмом, ожирением, антисоциальным поведением и другими видами «косвенного суицида» [22]. Диагностика и подходы к терапии аутоагрессивного поведения в клинике болезней патологической зависимости разработаны и изучены недостаточно, особенно в клинико-психологическом аспекте.

Целью настоящего исследования было уточнение влияния индивидуально-психологических особенностей на формирование и реализацию аутоагрессивных тенденций у больных опийной наркоманией.

В работе были использованы следующие методы:

1) клинические (анамнестический, объективное исследование, психопатологический);

2) экспериментально-психологические (многофакторный личностный опросник Кэттелла Р.Б., тест Спилбергера Ч.Д. в модификации Ханина Ю.Л.) [6].

Так как план исследования предполагал сравнение более двух групп, то для оптимального решения поставленных задач был выбран однофакторный дисперсионный анализ [23].

Обследовано 110 пациентов, на II стадии опийной наркомании. В первую группу вошли 60 чел. — больные наркоманией (Н), не совершавшие противоправных действий. Вторую группу в количестве 50 чел. составили больные наркоманией (НО), отбывающие наказание в исправительных колониях №№ 2, 10 (Управление исполнения наказаний по Астраханской области) за совершение имущественных преступлений, преступлений против личности, связанных с незаконным оборотом, хранением и сбытом

наркотических веществ. Все пациенты были в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст 26,16 ± 0,59 года).

Первые пробы наркотиков практически у всех пациентов приходились на 14—16 лет. Часть больных начинала с употребления гашиша (обычно в возрасте 14 лет), другая часть — с опия (в 16—17 лет), чаще всего интраназально. Этап эпизодического употребления препаратов опия, как правило, был непродолжителен, составлял от 15 до 35 дней, в среднем 25 дней. Период от начала приема наркотика до появления признаков роста толерантности, физической зависимости, абстинентного синдрома также проходил в сжатые сроки, занимал в среднем от 30 до 50 дней. Пациенты практиковали внутривенное употребление опия-сырца; кратность инъекций — от одной до трех в сутки. Потребляемые дозы значительно варьировали от 0,3 до 2,0 г. Продолжительность заболевания (считая от возникновения опийного абстинентного синдрома) составляла от 1,4 до 12 лет в обеих группах.

Все больные обследовались по выходе из абстинентного синдрома: в среднем на 35—40-й день в I группе, на 180—190-й — во II группе. Клинический статус больных на момент обследования был квалифицирован как ремиссия в предохраняющих условиях (F 11.21 по МКБ-10). Период заболевания выбран неслучайно:

во-первых, уменьшалась возможность влияния на результаты исследования выраженных аффективных и других расстройств, свойственных острому абстинентному синдрому;

во-вторых, при минимальном назначении психотропных препаратов результаты психологического тестирования, несомненно, были более объективными;

в-третьих, именно на этом этапе формировались клинико-психологические предпосылки, определяющие длительность и стабильность ремиссии в последующем; с ним связаны возможные обострения патологического влечения с характерными аффективными, когнитивными и поведенческими нарушениями: колебания настроения, дисфоричность, гетеро- и аутоагрессивность, негативное отношение к проводимому лечению.

В исследуемый контингент не включались больные с сочетанными формами зависимости, с соматическими заболеваниями в стадии обострения; с клинически выраженными неврологическими расстройствами; с коморбидными психическими нарушениями.

Состояние наркозависимых в период ремиссии оценивалось как удовлетворительное. Наряду с общими закономерностями формирования и течения ремиссии на-

блюдались некоторые различия. В первой группе преобладали астенические расстройства: повышенная утомляемость и чувствительность к внешним раздражителям, к психофизическим нагрузкам, неустойчивость внимания, чувство внутренней напряженности, тревожности, гипотимия, затрудненное засыпание, частые и ранние пробуждения. Вегетативный дисбаланс проявлялся преобладанием симпатического тонуса (сухость и бледность кожных покровов, учащение пульса, дыхания) над парасимпатическим («красный» дермографизм, гиперемия лица и верхних конечностей, неустойчивость стула и т.д.). У НО в клинике превалировали психопатоподобные расстройства: раздражительность, возбудимость, дисфории, неустойчивый, часто сниженный фон настроения. Вегетативные расстройства были незначительны.

В зависимости от продолжительности ремиссии и степени выраженности симптоматики назначалось медикаментозное лечение (анальгетики, нейролептики, бензодиазепины, антидепрессанты, витамины, гомеопатические препараты по схеме). Пациенты получали также общеукрепляющую и симптоматическую терапию. Все пациенты были осмотрены терапевтом и невропатологом. При необходимости привлекались другие специалисты: инфекционисты, хирурги, окулисты, дерматовенерологи, психологи.

Контрольную группу (К), адекватную по полу и возрасту, составили 50 чел. — студенты АГМА, врачи разных специальностей.

Психологическое тестирование проводилось одномоментно и однократно.

При сравнении результатов исследования трех групп были установлены достоверные различия по ряду показателей теста Кэттелла (табл. 1).

Показатель фактора «В» (низкий интеллект — высокий интеллект) у наркозависимых обеих групп (Н и НО) был достоверно ниже по сравнению с группой здоровых лиц (К), что согласуется с литературными данными [13, 17, 21]. С одной стороны, изначально низкий интеллект можно расценивать как predisposing фактор аутоагрессивного поведения (вследствие слабости критических функций, антиципационных механизмов). С другой стороны, он является результатом токсического действия наркотика на центральную нервную систему, что, в свою очередь, также усиливает риск ауто- и гетероагрессии. Таким образом, формируется порочный круг.

Фактор «С» (эмоциональная неустойчивость — эмоциональная устойчивость) у испытуемых первой группы был достоверно ниже по сравнению со второй и третьей группами. Его низкие показатели отражают такие личностные особенности, как эмоциональная лабильность и чувствительность, низкая фрустрационная толерантность, утомляемость, трудность адаптации к меняющимся условиям среды. Все перечисленные качества являются основными предрасполагающими факторами формирования и развития большинства невротических и психосоматических заболеваний [6]. Можно предполагать, что именно они создают предпосылки для такой формы аутоагрессии, как наркотизация, являя собой, по существу, неконструктивный механизм снятия стресса [19].

По фактору «Е» (конформность — доминантность) показатель во всех трех группах находился в пределах среднестатистической нормы. Но между группами Н и НО имелись достоверные различия в сторону большей конформности в группе НО, что, как представляется, отражает средовые влияния на личность пенитенциарных учреж-

Таблица 1

Сравнительная характеристика показателей теста Кэттелла

| Факторы                    | 1-я группа (n = 60) | 2-я группа (n = 50) | 3-я группа (n = 50) |
|----------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| М — средняя арифметическая |                     |                     |                     |
| A                          | 6,200               | 6,3010              | 6,4800              |
| B                          | 3,0500**            | 3,0200***           | 5,5800              |
| C                          | 3,7833*             | 5,5000              | 5,1200**            |
| E                          | 5,7667*             | 4,5000***           | 5,7200              |
| F                          | 5,6600              | 5,2700              | 4,7800              |
| G                          | 4,8900              | 4,9500              | 4,5200              |
| H                          | 5,5000              | 5,6500              | 5,9200              |
| I                          | 5,4167*             | 6,2200              | 6,1200**            |
| L                          | 6,9600              | 7,1800              | 6,5000              |
| M                          | 4,4167*             | 5,3800***           | 6,3400**            |
| N                          | 5,6800              | 4,8700              | 5,4800              |
| O                          | 7,5333*             | 6,1000              | 6,2000**            |
| Q <sub>1</sub>             | 6,1000              | 5,5800***           | 6,7800              |
| Q <sub>2</sub>             | 5,7400              | 5,5200              | 6,0400              |
| Q <sub>3</sub>             | 6,9000*             | 7,8600***           | 6,5200              |
| Q <sub>4</sub>             | 7,1333*             | 5,2600              | 5,2400**            |

Примечание. \* —  $p < 0,05$  — достоверные различия между показателями 1-й и 2-й групп; \*\* —  $p < 0,05$  — достоверные различия между показателями 1-й и 3-й групп; \*\*\* —  $p < 0,05$  — достоверные различия между показателями 2-й и 3-й групп

дений. Это суждение находит подтверждение и при анализе поведения осужденных: подавляющее большинство из них — 82% (41 чел.) активно принимали участие в общественно-трудовой деятельности, не нарушали режим пребывания, не вступали в конфликты с персоналом учреждения. Однако ведущей мотивацией их поведения была рентная установка, связанная с перспективой отмены ст. 97 УК РФ (принудительное лечение). В этом случае заключенные могли претендовать либо на досрочное освобождение, либо на смену режима пребывания, например, в колонии-поселении.

Достоверные различия обнаруживались и по фактору «I» (независимость — зависимость): его показатели были меньше в группе Н по сравнению с группой НО и К. Отклонение показателя к полюсу зависимости у обследуемых второй группы можно объяснить влиянием строго регламентированного режима колоний, обуславливающим подчиненное положение, пресечение самостоятельности, инициативы.

Показатель фактора «М» (практичность — развитое воображение) в группе Н обнаруживал тенденцию к снижению, по сравнению с группами НО и К, и свидетельствовал об их большей конвенциональности (согласительности, послушности), практицизме в противовес творческому началу. У представителей здоровой когорты творческий потенциал был достоверно выше. Группа опиоманов-преступников занимала промежуточное положение.

Показатель фактора «О» (спокойствие — тревожность) был достоверно выше у испытуемых первой группы Н. Между группами НО и К различий не выявлено. Высокие значения показателя отражают беспокойную тревожность и чувство вины, свидетельствуют о ранимости, психологической склонности больных к самобичеванию, депрессивным и аутопунитивным реакциям [6]. Перечисленные характеристики могут быть одной из причин употребления наркотиков как средства компенсации уязвимых качеств личности с развитием в последующем патологической наркотической зависимости. В свою очередь, хроническая интоксикация способствует углублению этих качеств и еще большей дезадаптации личности [15].

Показатель фактора «Q1» (консерватизм — либерализм) находился в пределах статистической нормы, но достоверно был выше в группе здоровых лиц, по сравнению с обследуемыми, страдающими опийной наркоманией. Этот показатель коррелирует с показателями факторов «В» и «М».

Высокие значения по фактору «Q3» (низкий самоконтроль — высокий самоконтроль) выявлены у НО (достоверные отличия от показателей групп Н и К), что может быть отражением ситуационно обусловленного (вынужденного) конформизма в условиях специфической социальной среды (мест заключения). Этот тезис подтверждает и показатель фактора «I» (зависимость).

Значимое превышение показателя фактора «Q4» (расслабленность — напряженность) у представителей первой группы, свидетельствует о наличии высокой психоэмоциональной напряженности, фрустрированности. Упомянутые нарушения, с одной стороны, могут отражать клинические проявления патологического влечения к наркотику, присутствующего в структуре зависимости и на этапе ремиссии. С другой стороны, они в равной мере, могут служить причиной неконструктивного копинга в виде наркотизации. Таким образом, порочный круг вновь замыкается.

В отношении остальных факторов (аффектотимия — пизотимия «А», сдержанность — экспрессивность «F», высокое супер-эго — низкое супер-эго «G», робость — смелость «Н», доверчивость — подозрительность «L», прямолинейность — дипломатичность «N», групповая зависимость — самодостаточность «Q2») межгрупповых различий не было обнаружено.

Что касается уровня тревожности (табл. 2), то величина ЛТ (личностная тревожность) в группе Н была достоверно выше по сравнению с группами НО и К. Личностная тревожность является конституциональным признаком, относится к предрасполагающим факторам различных форм декомпенсации под влиянием внешних ситуативных моментов. В наших исследованиях личностная тревожность, наряду с другими психологическими особенностями, также может обуславливать формирование зависимого поведения, преимущественно интрапунитивного характера. Соответствующие показатели факторов «С», «О» и «Q4» теста Кэттелла подтверждают данное предположение. Возможно, что меньший уровень ЛТ в группе НО является одним из факторов, способствующих реализации агрессии вовне, в отличие от группы Н.

РТ (реактивная — ситуативная тревожность) у НО, была достоверно выше, чем в группе Н и группе К. Специфические особенности микросоциума и психологического климата мест лишения свободы (угроза вербальной или физической агрессии, необходимость соответствия групповым нормам осужденных и требованиям сотрудников исправительных учреждений, которые нередко взаимоисключаемы и т.п.) делают ситуационную тревожность высоко прогнозируемой. Ее низкие показатели в группе Н могут быть связаны с охранительным режимом стационара и психотерапевтическим средовым воздействием.

Таким образом, анализ полученных данных свидетельствует о личностно-психологической неоднородности больных наркоманиями. Еще Coopersmith S. [цит. по 15] высказывался относительно необоснованности выводов о нозологическом единстве алкогольной болезни. Учитывая концепцию патогенетического единства всех болезней патологической зависимости [13, 16, 22], данное предположение можно считать справедливым и для наркоманий.

Таблица 2

Сравнительная характеристика показателей теста Спилбергера—Ханина

| Факторы                                                                                                                                                                                                                                     | 1-я группа (n = 60) | 2-я группа (n = 50) | 3-я группа (n = 50) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| М — средняя арифметическая                                                                                                                                                                                                                  |                     |                     |                     |
| Личностная тревожность                                                                                                                                                                                                                      | 45,300**            | 43,220              | 40,920              |
| Реактивная тревожность                                                                                                                                                                                                                      | 30,517*             | 37,960***           | 28,100              |
| Примечание. * — $P < 0,05$ — достоверные различия между показателями 1-й и 2-й групп; ** — $P < 0,05$ — достоверные различия между показателями 1-й и 3-й групп; *** — $P < 0,05$ — достоверные различия между показателями 2-й и 3-й групп |                     |                     |                     |

Обнаруживается личностно-психологическая схожесть больных наркоманиями и психосоматическими заболеваниями. Формирование зависимого поведения у части больных представляется как закономерный процесс стереотипизации и последующей фиксации на биологическом уровне непродуктивного копинг-механизма.

Личностные особенности наркоманов-преступников (большая стрессоустойчивость и адаптационный потенциал, меньшая личностная тревожность) обуславливают разнонаправленность вектора агрессии (и ауто- и гетеро-агрессию). Нельзя исключить, что наркотизация у них выступает как фасилитирующий фактор реализации изначально экстрапунитивного потенциала личности. Аутоагрессия является вторичной, производной сформировавшегося патологического гомеостаза. Личностно-психологические различия больных наркоманиями нашли свое отражение и в клиническом оформлении состояний ремиссии.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости тщательного анализа и учета личностно-психологических особенностей при разработке индивидуально дифференцированных программ как первичной (предупреждение развития разных форм зависимого поведения), так и вторичной (предупреждение социально-опасного поведения) профилактики наркозависимых больных.

#### Список литературы

1. Амбрумова А.Г., Чуркин Е.А. Клиника аутоагрессивного поведения при алкоголизме: Методические рекомендации. — М., 1980. — 16 с.
2. Белокрылов И.В., Даренский И.Д., Ровенских И.Н. Психотерапия наркологических больных // Руководство по наркологии: В 2-х т. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М. — 2002. — Т.2. — С. 120—172.
3. Бисалиев Р.В., Великанова Л.П. Наркомания как форма самодеструктивного поведения // Медико-биологические и экологические проблемы здоровья человека на Севере: Материалы международной научной конференции 29-31 мая 2002 г. — Сургут, 2002. — С. 137—141.
4. Великанова Л.П. Выявление групп риска аддиктивного поведения у подростков и пути его профилактики // Современные проблемы наркологии: Материалы Российской научно-практической конференции 21—22 октября 1999 г. — Астрахань, 1999. — С. 50—60.
5. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии: Методические рекомендации. — М., 2001. — 39 с.
6. Елисеев О.П. Конструктивная типология и психодиагностика. — Псков.: Изд-во Псковского областного института усовершенствования учителей, 1994. — 280 с.
7. Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Гуртовенко В.М. Оценка распространенности употребления психоактивных веществ в различных регионах Российской Федерации // Аналитический обзор. — М., 2002. — 52 с.
8. Крыжановская Л.А. Особенности суицидального поведения в США // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — Т. 10, Вып. 3. — С. 97—105.
9. Куимчев Г.П. Суицидальное поведение сотрудников органов внутренних дел // Суицид: статистика, мотивация профилактики: Тезисы докладов городского семинара 25.08.99. — Ростов-на-Дону, 1999. — С. 12—14.
10. Лагерь А.В., Омороков Б.М. Особенности аутоагрессивного поведения у лиц, содержащихся в изоляторах временного содержания и ИУ // Серийные убийства и социальная агрессия: Что ожидает нас в XXI веке? Медицинские аспекты социальной агрессии: Материалы 3-ей Международной научной конференции 18-21 сентября 2001 г. — Ростов-на-Дону, 2001. — С. 296—298.
11. Литвинцев С.В., Шамрей В.К., Нечипоренко В.В., Попик И.Г. Диагностика и профилактика суицидального поведения военнослужащих (Сообщение первое) // Военно-медицинский журнал. — 2001. — Т. 322, №8. — С. 18—22.
12. Лобжанидзе А.Б. Потребление психоактивных веществ подростками, школьниками г. Нальчика и программа его профилактики // Вопросы наркологии. — 2001. — №3. — С. 55 — 60.
13. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения // Учебное пособие. — М.: МЕДпресс, 2001. — 432 с.
14. Москаленко В.Д. Психическая предрасположенность к развитию зависимости от ПАВ (личностные, социальные, семейные факторы риска): Руководство по наркологии: В 2-х т. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М., 2002. — Т. 2. — С. 182—189.
15. Портнов А.А. Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма, издание второе. — М.: Медицина, 1973. — 368 с.
16. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 544 с.
17. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. — М.: Анахарис, 2001. — 208 с.
18. 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.
19. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг — поведение как проблема наркологии // Вопросы наркологии. — 1996. — №1. — С. 76—82.
20. Трайнина Е.Г. Диагностика и профилактика аутоагрессивных проявлений у больных алкоголизмом и токсикоманиями: Методические рекомендации. — М., 1987. — 22 с.
21. Тхостов А.Ш., Грюнталь Н.А., Елшанский С.П., Белокрылов И.В. Дефицитарность внутреннего контроля у больных опийной наркоманией как фактор наркотизации // Вопросы наркологии. — 2001. — №3. — С. 48—54.
22. Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы/ Пер. с англ. — М.: Смысл, 2001. — 315 с.
23. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. — СПб.: ВмедА, 2002. — 266 с.

BISALIEV R. V. assistant of the chair of narcology and psychotherapy, Astrahan state medical academy (ASMA)

VELIKANOVA L.P. cand. med. sci., Head of chair of narcology and psychotherapy, ASMA

*The article deals with the analysis of problem of autoaggressive behavior in the structure of opiate narcomany. Bcause of increasing of social significance of the investigation there were studied factors generating autoaggression and influencing on its intensive manifestation on all steps of couse of narcocomany. It is necessary to take into consideration the brought data at realization of the programs of the primary prophylaxis of autoaggressive behavior. The aggressive growth of narcomany witness the necessity of including into the curative - reabilitating process the directed preventive measures of autoaggressive behavior of patients with narcomany.*