

Аффективные расстройства и прием психоактивных веществ: механизмы патологической компенсации и формирования аддикции

ПЛОТКИН Ф.Б. Минский городской наркологический диспансер, Беларусь; e-mail: felplotkin@tut.by

Рассматривается роль внутреннего контроля в механизмах регуляции произвольной деятельности. Показывается значение эмоций в модификации мотивационных процессов, поведения и в адаптации личности в социальной среде. Обосновывается важность осознания собственных аффектов как значимых психологических событий, указано на возможное наличие в ряде случаев алекситимии как феномена, затрудняющего данный процесс. Анализируются личностно значимые причины употребления психоактивных веществ (ПАВ) при нарушениях в эмоциональной сфере. Подчеркивается преимущественно психическая и психологическая детерминация действия ПАВ в клинической картине зависимости, проясняющая наблюдаемый нередко переход аддиктами на прием ПАВ других фармакологических групп. Прослеживаются механизмы формирования аддикции, подчеркивается ведущая роль при этом психологических факторов. Указывается на важность выявления и лечения психических расстройств, при которых прием определенных ПАВ может играть компенсаторную роль.

Ключевые слова: аддикция, аффекты, алекситимия, психоактивные вещества, коморбидность

Достаточно будет, если мы заметим, что восприятия чувств относятся только к сопряжению человеческого тела с умом, так что в основном они представляют нам, чем внешние тела могут это способствовать или вредить.

Декарт (цит. по [62, с.96])

Большинство людей удивилось бы, если бы они узнали, как сильно их поведение определяется желанием избежать тревоги, которую они пытаются уменьшить или скрыть тем или иным образом.

П.-М. Симондс [73]

Современная психологическая наука рассматривает внутренний контроль как обязательную составляющую любой произвольной деятельности. Внутренний контроль предполагает наличие интериоризированных эталонов деятельности, когнитивных и поведенческих ее моделей, систем координат, а также сложных механизмов сравнения результатов текущей деятельности с этими эталонами и регулирования поведения. Функции внутреннего контроля формируются в процессе онтогенеза начиная с самых ранних его этапов, и их состояние отражает степень развития и успешность освоения необходимых средств социальной адаптации. Несформированность или дефицитарность организма и средств внутреннего контроля сказывается на всех сферах психического функционирования и может обусловить возникновение делинквентных форм поведения и, в частности, привести к наркотизации [58].

Важная роль в осуществлении функций внутреннего контроля принадлежит эмоциям и интрацептивному восприятию. Именно в эмоциональной сфере поддержание чувства контроля над своим аффективным состоянием является необходимым механизмом саморегуляции [22]. Всякий раз, когда человек испытывает ту или иную эмоцию, она имеет какое-то значение, которое всегда можно установить, хотя от тех, кто не привык к подобным действиям, это может потребовать некоторых усилий [31]. По определению П.К. Анохина, эмоции это — «физиологические состояния организма, имеющие ярко выраженную субъективную окраску и охватывающие все виды чувствований и переживаний человека — от глубоко травмирующих страданий до высоких форм радости и социального жизнеощущения» [6]. «Момент, когда появилось первичное эмоциональное ощущение как критерий положительного законченного действия, — считает П.К. Анохин, — надо считать критическим моментом в развитии высшей нервной деятельности» [5, с.176].

Эмоция как ценностное переживание организмом поля «организм/среда» не опосредована мыслями и словесными суждениями, она непосредственна. В этом своем качестве она является решающим регулятором действия, ибо не только составляет основу сознания того, что важно, но также дает энергию соответствующему действию (или, если непосредственное действие невозможно, она дает энергию и направление его поискам) [38, с.108]. По П.К. Анохину, эмоции выступают как пример подлинной интеграции нервных и гуморальных (вегетативных, энергетических) процессов в масштабе целого организма.

Взаимосвязанная с ними мотивация по принципу неразрывного, биологически сложившегося континуума «субъективное состояние — действие» объединяет многообразные элементы разных функциональных систем организма в новую, единую эмоционально-поведенческую, функциональную систему [5]. В свою очередь мотивация включает в себя все виды побуждений, мотивы, потребности, интересы, стремления, цели, влечения, мотивационные установки, или диспозиции, идеалы и т.д.

Мотивация в наиболее широком смысле расценивается как детерминация поведения [51, с.7]. «Мотивация, — подчеркивал П.В. Симонов, — без лежащей в ее основе потребности не существует» [49, с.6]. Мотивация очень тесно связана с эмоциями. Человеку свойственно эмоционально-ценностное отношение к миру. Эмоции ориентируют человека, указывая на степень значимости для него тех или иных явлений, с учетом их разворачиваются действенные, актуальные для личности мотивационные процессы. Кроме того, эмоции способствуют регулированию энергетической стороны мотивации, определяя установку на тот или иной уровень жизнедеятельности, активный или пассивный, определяя фон настроения. Эмоции, выступая как приспособительные механизмы в качестве немедленного ответа на внешние раздражители, способны «запускать» механизмы, обеспечивающие стереотипы поведения [51, с.7—9]. «Именно поведенческий акт, — считал П.К. Анохин, — есть связующее звено между нейрофизиологией, высшей нервной деятельностью и психологией» [4, с.260]. Таким образом, согласно биологической теории эмоций, разработанной П.К.Анохиным, эмоции позволяют организму оценить свои потребности и степень их удовлетворения [43].

П.В. Симонов показал, что эмоции имеют информационную значимость, т.е. «эмоция есть отражение мозгом человека и животных какой-либо актуальной потребности (качества и величины) и вероятности (возможности) ее удовлетворения, которую мозг оценивает на основе генетического и ранее приобретенного индивидуального опыта» [50, с.20]. Взаимоотношение потребностей и вероятности их удовлетворения, согласно концепции В.П. Симонова, определяет многообразие эмоциональных проявлений. Вероятность удовлетворения той или иной потребности имеет важное значение не только в возникновении положительных эмоций, но и в случае борьбы мотивов.

Существует мнение, что эмоция может определять, какая из конкурирующих потребностей будет удовлетворяться в данный момент. Под влиянием эмоции доминировать может даже исходно более слабая потребность, если вероятность ее удовлетворения выше, чем конкурирующей. Компенсирует это влия-

ние эмоций механизм воли. Эмоции выступают как важный стимул в перераспределении потребностей. Положительные эмоции будут укреплять, стимулировать те потребности, которые ведут к деятельности, завершающейся их удовлетворением. В свою очередь, отрицательные эмоции, возникающие при неоднократном неудовлетворении тех или иных потребностей, могут способствовать тому, что в итоге эти потребности замещаются другими, приводящими к положительно окрашенным эмоциям. Если человек не обладает достаточной активностью в борьбе с препятствиями на пути достижения цели (такая активность лежит в основе волевого акта), то при повторных неудачах он может сойти на более легкий путь получения положительных эмоций, например, прибегая к приему алкоголя [51, с.10]. Именно такой путь нередко и выбирают субъекты, расценивающие свои ощущения как тревожные.

«То, что тревога в нашем обществе, — заметил Ролло Мэй, — из скрытой превратилась в явную проблему, то, что она больше не является, так сказать, «настроением», а рассматривается как насущный вопрос, который нам следует во что бы то ни стало постараться вычленивать и понять, — все это, по нашему представлению, важнейшие явления нашего времени. Тревога стала, говоря словами Фрейдя, осознаваться как «узловая проблема» не только в том, что касается понимания и лечения эмоциональных расстройств и нарушений поведения. Она также представляется узловой в таких разных областях, как литература, социология, политика, экономика, педагогика, религия и философия» [37, с.13]. «Тревога, — отмечает Ролло Мэй, — это субъективное состояние, через которое человек начинает осознавать, что его существование может быть разрушено, что он может лишиться себя и своего мира, что он может стать «ничем» [36, с.123]. И продолжает: «Тревога наносит удар непосредственно по чувству собственного достоинства человека и его ценности как личности, что является самым важным аспектом его переживания себя как самостоятельного существа» [36, с.124].

«Тревога, — констатирует известный британский психотерапевт Пол Холмс, — это сильное и неприятное чувство, которое переживал любой из нас. Свойственное всем чувство тревоги воздействует как сигнал, предостерегающий человека о приближении опасности, будь то внешняя и реальная тревога или внутренняя, внутриспсихическая (в последнем случае она может быть охарактеризована как психотическая или невротическая, в зависимости от индивидуальной степени расстройства). Однако тревога, которая изначально является для «Я» сигналом о предстоящей опасности и предвестником общения с другими, способна полностью подавить активность человека...

Корни тревоги лежат в биологии человека... Хотя алкоголь сначала и усиливает «спонтанность» поведения, но это происходит, очевидно, из-за снижения воздействия тревоги» [65, с.211].

«Наблюдения повседневной жизни показывают, — замечает Э. Фромм, — что человеческий организм (так же точно, как и животный) нуждается не только в некотором минимальном отдыхе, но и в некотором (хоть минимальном) количестве волнения (возбуждения). Мы видим, что человек жадно ищет возбуждения и непосредственно реагирует на него... Я думаю, что на основе нейрофизиологических и психологических показателей можно вывести некоторую закономерность в отношении разных видов стимулирования: чем «проще» стимул, тем чаще нужно менять его содержание или интенсивность; чем утонченнее стимул, тем дольше он сохраняет свою привлекательность и интерес для воспринимающего субъекта и тем реже он нуждается в переменах... Имеются люди, которых невозможно ввести в состояние возбуждения нормальным раздражителем. Это люди больные; время от времени они остро сознают свое душевное состояние, но часто они даже не понимают, что больны... Творческому человеку никогда не бывает скучно и ему не составляет труда подыскать подходящие стимулы (возбудители). Зато человек, внутренне пассивный, нетворческий, даже тогда испытывает скуку, когда его явная, осознанная тоска на время отступает. Почему это происходит? Причину тут надо искать в том, что попытка намеренного устранения скуки из внешних условий жизни не затрагивает личность, в целом, с ее чувствами, разумом, фантазией, — короче, все это не касается основных способностей и психических возможностей индивида. Эти стороны личности не пробуждаются к жизни... Можно «заглушить» неприятное ощущение пустоты сиюминутным возбуждением, применив любой «щекочущий нервы» стимулятор (развлечение, шоу, алкоголь, секс» [60].

«Эмоция, — по мнению Ф. Перлза, — непрерывный процесс. Каждое мгновение жизни обладает до некоторой степени чувствуемым тоном приятности или неприятности. Однако, поскольку современные люди по большей части подавляют сознание непрерывности эмоционального опыта, эмоции рассматриваются как своего рода периодические всплески, которые непостижимым образом возникают в поведении как раз в тех случаях, когда человек хотел бы «владеть собой». Такие «неоправданные» вторжения пугают и заставляют держаться настороже. Люди стареются, насколько возможно, избегают тех ситуаций, где они возникают... Нежелательные» эмоции вовсе не исключаются из личности, потому что невозможно аннулировать способ, которым природа орга-

низует функционирование организма. Достигается лишь дальнейшее усложнение и без того запутанного поля «организм/среда» посредством создания большого числа ситуаций, которые, если их не избегать, вызывают сильный разряд эмоций... Эмоции как таковые не являются смутными и диффузными; они ровно настолько дифференцированы в своей структуре и своих функциях, насколько дифференцирован человек, их переживающий. Если человек переживает свои эмоции как смутные и грубые, то эти термины могут быть отнесены к нему самому. Из этого следует, что эмоции сами по себе не являются чем-то таким, от чего следует избавляться на основании той выдумки, что они-де препятствуют ясности мысли действия. Напротив того, они не только важны как регуляторы энергии в поле «организм/среда», но являются также незаменимыми носителями определенного опыта — нашей заинтересованности: того, какое нам дело до мира и до себя... Определенные эмоции, прежде чем достичь уровня организации действия или даже просто осознания, заглушаются и демобилизуются эмоциями, которые им противопоставляются; все это вместе образует тупик, мертвую точку, которая более или менее эффективно исключается из сознания. Сознание в самом себе этого непривлекательного положения возвращает болезненный конфликт, смятение, тревогу и «опасное» возбуждение. Но, если не признавать существующее положение вещей, его невозможно и изменить и оно будет безнадежно повторяться снова и снова... Только сознавая свои эмоции, биологический организм может распознавать, с чем он сталкивается в среде и какие особые возможности в данный момент в ней присутствуют...

Очень важно сознавать непрерывность своего эмоционального опыта. Понимание эмоций не как угрозы рациональному управлению своей жизнью, а как ориентира, составляющего единственную возможную основу рациональной организации человеческого существования, открывает путь к культивированию сознания их мудрых советов... Постоянно сознавать эмоции можно, только если вы готовы сознавать то, что действительно существенно в вашей жизни, даже если это отличается от того, что говорят другие или что вы сами себе говорили раньше» [38] Важно отметить, что, по наблюдениям Г. Кристала, у людей, перенесших тяжелую психическую травму, «эмоции не используются в качестве сигналов, обращенных к самому себе. Их аффекты недифференцированы, у большинства пациентов в ответ на эмоционально травмирующие обстоятельства или воспоминания наблюдается только физиологический компонент эмоций или не проявляется никаких аспектов эмоций вообще... В конце концов, у этих пациентов появлялся целый букет самых разнообразных психо-

соматических заболеваний и развивались серьезные аддиктивные проблемы. Этот феномен представляет собой регрессию в аффективной сфере с уровня взрослых, в основном вербальных, выражений эмоций на уровень ребенка, до недифференцированной и полностью соматической формы проявлений аффекта» [31, с.82—83].

«Переживание, — по мнению Э. Фромма, — может дойти до сознания только при условии, что его можно постичь, соотнести и упорядочить в рамках концептуальной системы с помощью ее категорий. Эта система сама по себе является результатом общественного развития. Благодаря особенностям практической жизни, а также благодаря специфике отношений, чувств и восприятий каждое общество развивает систему категорий, детерминирующую формы осознания. Эта система работает как социально обусловленный фильтр: переживание не может стать осознанным, пока не пройдет сквозь этот фильтр... Прежде всего нам следует уяснить, что многие переживания не так-то легко воспринимаются сознанием... Достигнет ли осознания тонкое впечатляющее переживание, зависит от того, насколько подобные переживания культивируются в данном обществе. Существует масса эмоциональных переживаний, для выражения которых в данном языке нет подходящих слов, зато в другом — обилие слов, выражающих те же чувства. Если в языке нет специальных слов для выражения различных эмоциональных переживаний, то практически невозможно довести чье-либо переживание до ясного осознания. В общем, можно сказать, что переживания, для которых в языке нет подходящих слов, редко проходят в сознание» [61].

В изменениях эмоций наиболее рано выступает нарушение адаптации человека к своей среде обитания. Эмоции среди других психических проявлений — достаточно совершенный, тонкий и в то же время легко ранимый приспособительный механизм, посредством которого человек проявляет к окружающему свое индивидуальное, субъективное отношение. Помимо того, что эмоциям принадлежит определенная роль в саморегуляции организма, они отражают межличностные связи и отношения людей в различных планах (семейно-бытовые, производственные, в микросоциальных группах и др.), поскольку человек — прежде всего личность со всеми присущими ему социальными характеристиками.

Люди, которые способны к определенному уровню самонаблюдения и рефлексивного самосознания, могут сознавать, что они переживают чувство; чувство — это субъективное переживание аффекта. В каждой ситуации, вызывающей интенсивный аф-

фект, любому субъекту полезно отслеживать интенсивность своего аффективного ответа и мысленно отделять ту его часть, которая является адекватным откликом на текущую ситуацию, от «неточной» части ответа, усиленной привнесенным аффектом, который был вызван ассоциациями из прошлого. Подобное оценивание необходимо человеку для того, чтобы выбрать из имеющегося у него репертуара возможных реакций наиболее подходящий и максимально адаптивный ответ на действующий стимул. Если субъект способен поступать таким образом, тогда он сможет действовать, основываясь на своих трезвых суждениях [31].

Для нормального психического функционирования необходимо удерживать аффекты на переносимом уровне, позволяя себе получать от них максимум информации, иметь способность к модулированию своих аффектов или защищаться от них, вырабатывать адекватные способы их регуляции через вербализацию, осмысление и сопоставление со своим жизненным опытом, переживать и оценивать эти эмоции как значимые психологические события [20, с.199]. В послесловии к книге А. Маслоу «Мотивация и личность» Рут Кокс подчеркивает, что одним из принципов гуманистической этики, разработанной А. Маслоу и развитой Дж. Бьюдженталем, является «осознание того, что такие эмоции, как боль, конфликт, скорбь, вина, гнев, являются частью человеческих переживаний, которые следует понять и даже оценить, а не скрывать и подавлять; выражение эмоций обнаруживает переживаемый смысл в жизни человека» [28, с.310]. В ряде случаев этим процессам препятствует алекситимия как комплекс аффективных и когнитивных нарушений, проявляющихся в трудностях осознания и вербализации эмоций, трудностях дифференциации эмоциональных переживаний и телесных ощущений. Именно аффективная незрелость не позволяет алекситимическим пациентам использовать свои эмоции в качестве полезных сигналов. Алекситимия обнаружена у многих пациентов с алкоголизмом и наркоманиями. Высокий уровень выраженности алекситимического радикала в структуре личности потребителей ПАВ способствует снижению их адаптивных возможностей и является одним из психологических факторов развития синдрома зависимости [33]¹.

В оптимальных условиях у человека развивается чувство собственной ценности, возникают ведущие жизненные установки и стремления, закладывается здоровая способность к независимому существованию [64, с.36]. Однако у части людей по тем или иным причинам снижен уровень рефлексивного самоосозна-

¹ Роль алекситимии в формировании и поддержании аддикции детально рассмотрена нами ранее [39].

ния, что нарушает доступ к собственным чувствам, не позволяет их идентифицировать и соответственно реагировать на них адекватным образом. «Нарушение эмоционального развития, — считают А.Ш. Тхостов с соавторами, — может создавать проблему, когда аффекты переживаются как мучительные, болезненные, подавляющие и непереносимые. Недостаток контроля в эмоциональной сфере, проявляющийся феноменами эмоциональной лабильности, невозможности овладеть собственными эмоциями, охваченности чувствами и т.п., приводит к необходимости использования внешних средств, способных повлиять на эмоциональное состояние, в том числе к употреблению наркотиков» [58].

Пьянство и алкоголизм в своем начальном звене — алкогольном опьянении, в алкогольной предболезни, а также на последующих этапах формирования болезненного пристрастия имеют прямое отношение и непосредственную связь с теми или иными вариантами нормальных, субнормальных и выраженных патологических эмоциональных проявлений. «Психиатрическая практика свидетельствует о том, — констатируют Ц.П. Короленко и В.Ю. Завьялов, — что при «поломах» рациональной, разумной системы восприятия и осмысления окружающей действительности, нарушениях сознания и самосознания личность человека попадает во власть архаических (фантастических, бредовых, галлюцинаторных) способов обращения с реальной действительностью.

Не является исключением и алкоголизм как форма неразумного иррационального поведения, образа жизни и восприятия» [29, с.69]. Алкоголь, снимая эмоциональное напряжение, создавая позитивный эмоциональный фон, может дезактуализировать конфликт и тем самым становится для личности способом его преодоления. «Эйфоризирующий эффект алкоголя, — отмечает Э.Е. Бехтель, — наслаиваясь на позитивный эмоциональный радикал, возникающий при удовлетворении личностной потребности, усиливает его и тем самым создает иллюзию более полного удовлетворения потребности» [9, с.43]. «Изменение настроения, — по мнению Э. Фрейда, — является самым ценным, что доставляет человеку алкоголь и в силу чего этот «яд» не для каждого является одинаково ненужным. Веселое настроение, эндогенно возникшее или токсическое вызванное, уменьшает задерживающие силы и скрытую за ними критику и делает, таким образом, вновь доступными источники удовольствия, над которыми тяготел запрет» [59, с.129].

По мнению В.Д. Менделевича, «алкоголизация может быть связана с патологией характера, когда употребление спиртного и злоупотребление спиртными напитками выступает в роли своеобразной терапевтической компенсации и снятия внутриличностно-

го конфликта» [45, с.41]. «В рамках патохарактерологического и психопатологического вариантов наркотического девиантного поведения, — считает В.Д. Менделевич, — употребление наркотических веществ следует рассматривать как компенсацию «психопатологического дефекта», проявляющегося в виде дискомфорта, связанного с наличием симптомов или патологических черт характера. В подобных случаях наркотик выступает в роли своеобразного «лекарственного средства», купирующего негативные эмоции, позволяющего улучшить процесс коммуникации» [45, с.40]. «Психическое состояние, изменяющееся под воздействием алкоголя, — констатирует В.Ю. Завьялов, — представляет из себя диффузное, малодифференцированное и неспецифическое состояние, вследствие чего на этот «необычный психофизический фон» мощно проецируются психологические ожидания, психологические потребности личности, которые при этом иллюзорно удовлетворяются» [24, с.36—37]. Чрезвычайно важно, что, как подчеркивает Б.С. Братусь, «для самого же человека этот механизм остается неосознанным, скрытым, что и порождает общепринятое представление об особых свойствах алкоголя» [15]. Заслуживает пристального внимания тот факт, что именно препараты, при которых уменьшено восприятие эмоционально отрицательных стимулов, способны вызывать психическую зависимость [51, с.12].

Лица, употребляющие ПАВ, отличаются друг от друга степенью мотивации к употреблению, которая, в свою очередь, влияет на уровень эффективности используемых вмешательств. Национальный институт по проблемам злоупотребления ПАВ (США) [72] предположил наличие двух основных категорий:

а) индивиды, употребляющие ПАВ для того, чтобы «почувствовать себя лучше», по-видимому, стремящиеся получить позитивный эффект вещества, часто описываются как ищущие впечатлений;

б) те, кто употребляет ПАВ, чтобы избежать плохого самочувствия, по-видимому, используют их как средства самолечения [68, 69].

Существующий взгляд на проблему зависимого поведения придает чрезмерное значение простому поиску удовольствия, стремлению испытать восторг, подъем или эйфорию, в то время как отчаянная потребность спастись от невыносимого для аддиктивной личности напряжения не была выявлена в полной мере [56, с.24]. «Страдания, которые аддикты пытаются облегчить или продлить с помощью наркотиков, — считает Э. Ханзян, — отражают базовые трудности в сфере саморегуляции, включающей четыре основных аспекта психологической жизни: чувства, самооценку, человеческие взаимоотношения и заботу о себе...

Современные психодинамические подходы к проблеме химической зависимости на основе структурных, «Я»-объектных теорий и теорий развития позволили лучше понять факторы, препятствующие или способствующие возникновению зависимости. Человек не склонен к химической зависимости, если он находится в согласии с самим собой и своими чувствами и способен адекватно выражать эти чувства, если он поддерживает здоровые отношения с другими людьми и может позаботиться о себе... Травмы и психические повреждения, которые переживают на протяжении своего развития аддиктивные индивиды, сочетаются с факторами биологической или генетической восприимчивости, определенными культурными нормами или угнетающими социальными условиями, что усиливает психологическую уязвимость... Увеличивается вероятность того, что пережившие психические травмы люди будут экспериментировать с химическими веществами, вызывающими зависимость, стремясь использовать их кратковременные адаптивные и несущие облегчение эффекты. Могучая способность различных химических веществ изменять чувства притягивает этих людей. Эти вещества служат мощным средством против внутреннего чувства пустоты, дисгармонии, дискомфорта и душевной боли. Пациенты с химической зависимостью часто жалуются на свою склонность к крайним проявлениям эмоций. В одной крайности их переполняют непереносимые чувства и наркотики используются для облегчения страданий. В другой крайности кажется, что чувства отсутствуют вовсе или ощущаются столь смутно, что их невозможно дифференцировать; в этом случае наркотики используются для того, чтобы разнообразить свои переживания. Независимо от того, что подтолкнуло человека к использованию химических веществ, аддиктивное поведение предполагает наличие у него неизменных трудностей в регулировании эмоций; прием наркотиков представляет собой отчаянную попытку контролировать аффекты, которые иначе кажутся неподвластными» [64].

«Зависимость от наркотических веществ, — подчеркивают К.С. Лисецкий и Е.В. Литягина, — характеризуется самоценной, ненасыщаемой формой личностной активности, является средством локализации генерализованной неудовлетворенности, достижения состояния избыточных возможностей человека, даже в условиях снижения доверия к самому себе. Одна из ее основных функций — компенсация недоверия к себе, к своим возможностям, разотождествление с ответственностью, а значит — и с субъектностью. Зависимость прямо или косвенно завязана на потребности в снятии ограничений и освобождении чувств, на возвращении чувства целостности любой ценой» [32, с.196]. И продолжают: «Наркотическое

опьянение трансформирует в организме человека психофизическую чувствительность, «растворяет» хроническое напряжение как в чувственной, так и в телесной сфере. Это открывает доступ к переживанию состояния избыточных возможностей и «организмической целостности» личности [32, с.201].

«Люди, — по наблюдению Л. Додса, — стремятся сознательно или бессознательно к аддиктивному поведению, потому что оно позволяет достичь чувства внутреннего контроля над психической беспомощностью. Поскольку использование наркотиков и другие типы аддиктивного поведения обладают способностью восстанавливать центральное чувство внутреннего контроля или могущества, которое было потеряно или отнято, они могут функционировать как корректирующее средство» [22]. Прием ПАВ предпринимается для решения своей внутренней психологической проблемы и основывается на их способности ослаблять определенные чувства, причиняющие боль. Как отмечал Хайнц Кохут, «наркотик служит замещением дефекта в психологической структуре» [30, с.64]. «Приверженцы точки зрения относительно благотворного действия умеренных доз алкоголя на организм, — отмечает акад. П.И. Сидоров, — обычно объясняют это способностью алкоголя снижать стресс и противодействовать его отрицательным последствиям... На протяжении всей истории человечества алкоголизация и наркотизация, регулируемые сложившимися обычаями и традициями, выполняли роль традиционных адаптогенов. Люди, столкнувшиеся с невозможностью изменить свое отрицательное эмоциональное состояние продуктивным путем и не имеющие эффективных способов психологической защиты, оказываются перед выбором: невроз или употребление токсикантов. Неслучайно в странах, где употребление алкоголя и наркотиков ограничено культурными нормами, моральными ли религиозными принципами, значительная часть населения страдает невротическими расстройствами» [46].

Выбор определенного наркотика может быть понят как попытка максимизировать требуемый психологический эффект. Например, алкоголь и другие седативные средства со смягчающим эффектом будут воистину магическим снадобьем для людей, которые не признаются ни себе, ни другим в потребности в комфорте и контакте. Хотя аддиктивные больные пробуют и употребляют разные наркотики, на вопрос о предпочтениях большинство из них отвечает, что предпочитают что-нибудь одно. «Просто поразительно, — подчеркивает Эдвард Дж. Ханзян, — как при своей неспособности назвать или выразить переживаемые чувства аддиктивные пациенты могут отличить эффекты, вызванные разными наркотиками, и пояснить, почему они предпочитают тот или иной класс наркотических средств» [64].

Процесс выбора конкретного типа наркотиков действительно происходит у большинства наркоманов («Наркотик выбора» по Wieder, Kaplan, 1969; «Наркотик большего доверия» по Spotts, Shontz, 1987). «С другой стороны, — отмечает Л. Доддс, — то, что наркоманы часто переходят с одного наркотика на другой, относящийся к совсем иному фармакологическому классу, или используют различные классы наркотиков в нерегулярных комбинациях, означает, что фармакология химического вещества может иметь всего лишь ограниченное значение для понимания аддикции². Фактор «аддиктивности» химического вещества в этиологии или рецидивных проявлениях аддикции также переоценен³. В частности, широкое использование таких веществ, как алкоголь и даже кокаин (которые относятся к веществам высоко «аддиктивным»), людьми, не имеющими склонности к аддикции, предполагает, что проблема не объясняется внешними факторами — качествами химического вещества» [22]. «Серьезный истораживающий факт, — считают Л.Н. Благов с соавторами, — что многие, систематически потреблявшие опиаты лица легко переключаются на прием синтетических препаратов, имеющих сродство к опиатным рецепторам (трамал, бупренорфин, метадон, нубаин), кодеинсодержащие (противокашлевые) препараты, седатики, алкоголь. В последнем случае алкоголизация, как правило, носит драматический, катастрофический характер, болезнь проявляется новыми клиническими характеристиками.

Возникает серьезная диагностическая дилемма: когда, в каком случае относить это в разряд алкоголизма, а когда продолжать считать больного наркоманом. Это важно, поскольку от этого во многом зависит стратегия лечения. Остаются открытыми вопросы, считать ли переход на употребление больших доз алкоголя сменой формы наркотизма или викарной (заместительной) интоксикацией» [13]. В исходной стадии опийной наркомании, как отмечает Л.Н. Благов, «полинаркотоксикоманический паттерн интоксикации сопровождается окончательным переходом от приема рафинированного опиата на всевозможные заменители или средства из других токсико-химических групп, включая не только седатики, но и стимуляторы. Наиболее часто в этой роли выступает алкоголь. При этом усугубляющаяся алкоголизация порождает не просто алкогольную болезнь, а своеобразную «финишную прямую» болезненного процесса, характеризующую исход опийной наркомании» [11].

Одним из самых запутанных клинических феноменов, связанных с употреблением наркотиков, в частности алкоголя, Генри Кристал считает то, что «аддиктивные пациенты могут использовать один и тот же наркотик для противоположных целей. Одни пьют, чтобы расслабиться и отдохнуть после работы, другие — чтобы расслабиться и получить возможность начать работу. Одни пьют, чтобы подавить свои сексуальные побуждения, другие — чтобы встретить любовные приключения во всеоружии. Эти пьют, чтобы усмирить свой гнев, те хотят почувствовать «смелость во хмелю» и придать себе агрессивности или напористости. Но самый главный парадокс заключается в том, что некоторые пьют, чтобы притупить свои эмоции, а другие — чтобы хоть на время получить способность их чувствовать, дать им выход» [31, с.96—97]⁴. Интересно отметить, что характер алкогольной эйфории определяется в значительной степени культурно-социальными факторами [1, 21, 47]. К примеру, у приверженцев буддийской религии, где считается, что алкоголь возбуждает животные начала в человеке, грязнит и разрушает душу, прием его не вызывает такой же эйфории как у других. Фактор культуры влияет не только на характер эйфории, но и на форму ее выражения. Примером может служить внешнее проявление опьянения у лиц различной степени интеллигентности [44, с.68].

«Мы склонны, — отмечает Чарльз Тарт, — некритически мыслить в рамках фармакологической парадигмы, согласно которой особая химическая природа наркотика, взаимодействуя с химической и физической структурой нервной системы, с неизбежностью приводит к одним и тем же результатам. Это верно, когда речь идет о неврологическом или гормональном воздействии, но совершенно неверно, когда речь идет о сознании. Фармакологический подход рассматривает разнообразие человеческих реакций как интерференцию «перверсивных» психических идиосинкразий и типичных психических реакций, в среднем дающую некий «разброс ошибок». Такой подход может иметь значение по отношению к простейшим наркотикам, таким, как барбитураты, вызывающие сонливость и засыпание, но он неприменим и ошибочен по отношению к психоделическим наркотикам, таким, как марихуана или ЛСД...

Отдельные наркотики специфически действуют на нервную основу различных структур-подсистем психики: возбуждают и активируют эти структуры, подавляют или замедляют деятельность других структур, изменяют или разрушают процессы переработки информации в соот-

² Еще в 1967 г. ВОЗ было признано, что наркоманы могут переходить от одного наркотика к другому [44, с.51]

³ В отечественной наркологии используется термин *наркогенность*

⁴ Каждый из читателей имел возможность наблюдать, что реакция, отмечаемая после приема внутрь алкоголя и приписываемая его действию, к примеру, на поминках или на свадьбе обычно совершенно различна (во всяком случае, у неалкоголиков)

тствующих структурах-подсистемах. В то же время психологические процессы в тех структурах-подсистемах, которые остаются относительно незатронутыми этим воздействием, могут компенсировать изменения, произведенные в затронутых структурах, и/или удерживать процессы стабилизации на таком уровне, что дискретное состояние сознания не нарушается... Психогенные наркотики вроде марихуаны или ЛСД оказывают не одинаковое влияние на психику человека, независимо от его индивидуальности и конкретных условий применения, как это предполагается в ряде неверно ориентированных исследований. Такие наркотики могут выступать и как разрушительные, и как формирующие силы, воздействие которых сочетается с другими психологическими факторами. Возьмем для примера так называемую реверсивную толерантность по отношению к марихуане, позволяющую этим людям, впервые употребляющим этот наркотик, не испытывать его воздействия, несмотря на большую дозу, однако впоследствии входить в определенное дискретно измененное состояние сознания даже при приеме гораздо меньшей дозы. С позиции системного подхода в этом нет ничего удивительного, хотя это явление может выглядеть парадоксом с точки зрения стандартной фармакологии. В самом деле, возникновение этого состояния от дозы марихуаны, из которой удален ТГК (тетрагидроканнабинол), основной и, возможно, единственный активный ингредиент, что подобно действию плацебо, показывает не столько то, что люди легко поддаются внушению, сколько то, что психологические факторы являются главными детерминантами дискретно измененного состояния сознания, связанного с курением марихуаны» [57].

«Изучая поведение наркозависимых, — пишут К.С. Лисецкий и Е.В. Литягина, — мы обнаружили большое количество аргументов в пользу психической детерминации самочувствия наркомана даже в периоды острой абстиненции, т.е. в период усиленной биологической детерминации. Известно, что в состоянии «ломки» возникают нарушения сна, пищеварения, функционирования слизистых оболочек, терморегуляции организма и др. В таких случаях говорят, что «больной не может найти себе места». Однако на практике приходится сталкиваться с явлениями, которые не вписываются ни в одну из биодетерминистских концепций. Например, если наркоману, находящемуся в «ломке», удастся раздобыть деньги, даже если у него нет в данный момент возможности приобрести наркотики, то лишь представление о том, что он приобретет их потом, завтра, когда-нибудь, снимает признаки болезненного состояния. Человек, только что метавшийся по комнате, спокойно засыпает безмятежным сном с

блаженной улыбкой на губах. Подобные «выздоровления» могут возникать неоднократно. Что это? Опережающее отражение, способное подчинять себе работу вегетативной системы организма? Выходит, что абстиненция иногда зависит от психологического настроя личности не меньше, чем от обезболивающих таблеток.

В качестве других доказательств «психологической анестезии» абстинентного синдрома можно привести примеры, связанные с кровопусканием или уколами обыкновенной водой. Это относится к внутривенному (инъекционному) употреблению наркотиков. Если у наркомана нет возможности сделать себе инъекцию, то можно просто «порезать себе вены», приведя в ужас своих родных и близких. На самом деле вид крови снимает напряжение и боль абстинентного синдрома. Кстати, все опытные наркоманы режут себе вены так, чтобы кровотечение можно было легко остановить. Что и происходит сразу после того, как их родные в очередной «последний раз» дают им деньги на приобретение наркотиков. Нам известны случаи, когда эффект снижения боли возникал у наркомана или группы наркоманов, когда в их присутствии один из них «резал свои вены». В тех случаях, когда кровопускание помогает недостаточно, некоторые наркоманы использовали укол кипяченой водой. Эффект обезболивания часто зависит от визуального наблюдения за движением крови в шприце, которая попадает туда через иглу после прокола вены. Потребителю хорошо известно, что самого наркотика в кипяченой воде нет. Приведенные примеры подтверждают психологическое происхождение многих аспектов наркотической зависимости» [32, с.141—142]. Гловер (Glover, 1931) в статье «Предотвращение и лечение химической зависимости» показал, что «непсихологическое лечение не приносит пользы, поскольку значимость химических веществ, вызывающих у пациента зависимость, обусловлена психологически» (цит. по [56, с.22]).

Лэнс М. Додс отмечает, что «вещества, вызывающие зависимость, способны восстановить чувство могущества даже без каких-либо фармакологических эффектов» (*курсив мой — Ф.П.*). Таковы, к примеру, неоднократно описанные в литературе переживания алкоголиков, которые чувствуют облегчение уже в тот момент, когда заказывают выпивку или только делают первый глоток. Что-то достигается одним лишь актом получения наркотика... Начиная цепь событий, которые приведут к изменению аффекта, человек *подтверждает способность изменять и контролировать свое аффективное состояние»* (*курсив мой — Ф.П.*) [22]⁵. В основе этого процесса лежит изменение эмоционального состояния под

⁵ Странным образом эта ситуация, знакомая каждому аддикту или, во всяком случае, легко доводимая до его сознания, совершенно не используется в терапии и не описана ни в одном из многочисленных руководств по психотерапии зависимостей. Между тем, этот феномен наглядно показывает, какие значительные резервы имеются в человеческой психике. Мы используем его в разработанной нами в последние годы методике терапии аддиктивных пациентов с применением биологической обратной связи (БОС) [40, 53—55]

влиянием воспоминаний и представлений об эмоционально положительно окрашенном для больного состоянием опьянения. Таким образом, не алкоголь как таковой, не его взятое само по себе физиологическое действие, а прежде всего проекция психологического ожидания, актуальных потребностей и мотивов на психофизиологический фон опьянения создает ту внутреннюю субъективную картину, которую человек начинает приписывать действию алкогольного напитка. Именно в этом «опредмечивании» первоначально содержательно неоформленного состояния и заключается то зерно, из которого вырастает психологическая привлекательность алкоголя. Отсюда начинается крайне опасный по своим жизненным последствиям и кардинальный для генеза зависимости процесс — всё большая децентрация, искажение восприятия: человек начинает видеть главный источник привлекающего его состояния только в алкоголе [25]. По тем же принципам (проекция психологической predisпозиции актуальных в данный момент потребностей и ожиданий на определенный психофизиологический фон алкогольного опьянения, искажение в восприятии источника искомого состояния) возникают представления и о других незаменимых свойствах и функциях алкогольных напитков [15].

Хотя аддикты демонстрируют нам, что химические вещества облегчают их психологические страдания, они также в полной мере показывают, что, используя наркотики в качестве опоры, они продлевают и усугубляют свое бедственное положение [64]. «Алкоголиков, — подчеркивает Эдит Сэбшин, — характеризуют не только сложности управления аффектами и контроля своих импульсов; у них нарушены и другие функции эго, например, способность поддерживать самооценку и заботиться о себе. Все эти проявления недостаточности создают соответствующие проблемы в объектных отношениях, подтверждением чему является неспособность многих аддиктов поддерживать близкие межличностные отношения и регулировать их» [56, с.24]. «Аддикты, — замечает Э. Ханзян, — страдают не только вследствие переживания внутренней дисгармонии, дискомфорта и фрагментации или из-за неспособности думать хорошо о себе, а следовательно, и других. Гораздо большие мучения им доставляют собственные защиты, с помощью которых эти люди пытаются скрыть свою уязвимость. Аддиктивная личность защищает поврежденное и уязвимое «Я» с помощью саморазрушающих защит: отказа от реальности, утверждения собственной самодостаточности, агрессии и бравады.

За это приходится платить чувством изоляции, обеднением эмоциональной сферы и неустойчивостью взаимоотношений с людьми» [64]. По мнению Эриха Фромма, «личность, чье развитие было блокировано, вынуждена обращаться к примитивным и иррациональным системам, которые, в свою очередь, продлевают и усиливают ее зависимость и иррациональность» [62, с.54]. У тех, кто использовал алкоголь и наркотики, к психологическому повреждению функции эго добавились фармакологические поражения, так как они биологически подрывали проверку реальности магическим мышлением, индуцированным наркотиками [35, с.165].

Из вышеизложенного становится очевидным значение аффективной патологии в генезе зависимостей. В первую очередь, речь должна идти о большой группе психических заболеваний, которые сопровождаются эмоциональными нарушениями. Широкий спектр положительной фармакологической активности этанола, включающий в себя анксиолитические, антидепрессивные, психостимулирующие и другие эмоционально-позитивные компоненты в сочетании с его относительно легкой доступностью делают его одним из наиболее популярных ПАВ [27]. Известно, что лица, страдающие психогенными заболеваниями (неврозы, невротические развития личности и реактивные депрессии невротического уровня) с целью снятия эмоционального напряжения, облегчения тягостного соматического состояния, повышения настроения, купирования навязчивых страхов, тревоги, нарушений сна, искусственной дезактуализации психотравмирующих ситуаций прибегают к приему алкоголя [17, 26, 42]. Ибо, как мы показали выше, психотропные эффекты различных ПАВ позволяют смягчить другую, лежащую глубже психопатологическую симптоматику. Имеются сведения о широкой распространенности тяжелых психических заболеваний среди пациентов наркологических служб и наличии серьезных проблем, связанных с употреблением ПАВ, у психически больных [67, 74].

Сочетание психической патологии и потребления ПАВ — достаточно частое явление, требующие своего углубленного клинического изучения и анализа в рамках каждого отдельного нозологического варианта⁶. Известно, что 30—35% пациентов, страдающих депрессией, обнаруживают проявления хронического алкоголизма; у 67% больных алкоголизмом выявляются депрессивные расстройства различной степени тяжести; 10% больных алкоголизмом страдают тяжелой суицидоопасной депрессией; риск суици-

⁶ По мнению Л.Н. Благова, «коморбидность отражает именно сосуществование в динамическом взаимодействии, а также и взаимовлияние самостоятельных синдромов и нозологий, сочетание которых в принципе возможно, но не является обязательным для данной основной рассматриваемой наркологической единицы» (курсив — Л.Н. Благова) [10, с.58].

да при алкоголизме (6—21%) превышает таковой при аффективных расстройствах (6%) и шизофрении (5%) [2, 3, 16, 19]. Алкоголикам намного чаще ставят диагноз *антисоциальное расстройство личности* (14,3—2,6%) [34]. В связи с высоким уровнем атрибутивного риска развития зависимости от ПАВ в тех случаях, когда ей предшествует тревожное, аффективное или психогенное расстройство, крайне важно раннее лечение психических расстройств как эффективная профилактическая стратегия [7, 8, 12, 52, 66, 68—71]. Вопрос сочетания химической зависимости и эндогенных заболеваний до настоящего времени является одним из самых сложных и дискуссионных в учении о душевных болезнях. «При активной шизофрении, — подчеркивает Л.Н. Благов, — нет никакой нужды рассуждать о «доминирующей самостоятельности» наркологической проблематики, которая реализуется в рамках эндогенного процесса не как самостоятельный стержневой комплекс, а как аксиальный (добавочный) синдром, даже несмотря на тяжелые интоксикационные сессии у больного, сопровождающиеся значительными метаболическими расстройствами. Это, кстати, лишний раз подтверждает положение о том, что в рамках психического заболевания (неважно, с эндогенным или эндоформным течением) компонент интоксикации имеет вторичную диагностическую функцию, фактически являясь лишь фактором *клинической реализации* (курсив — Л.Н. Благова) первичной психопатологии. Конечно, здесь многое зависит от формы шизофрении и степени ее злокачественности. Здесь попутно хотелось бы предостеречь от упрощенного толкования любых аддиктивных поведенческих моделей при эндогенном психозе как «варианта самолечения». Это толкование выглядит слишком упрощенным и терминологически не легитимным, хотя, безусловно, токсические эффекты ПАВ способствуют (далеко, правда, не всегда) в определенной мере дезактуализации психопродукции там, где психопатология это позволяет... Злоупотребление ПАВ больными шизофренией часто отражает (или очень быстро провоцирует) обострение основной эндогенной симптоматики» [10, с.58—59].

Сочетание психических расстройств и зависимости от алкоголя представляет значительную диагностическую и прогностическую сложность и предполагает особый выбор терапевтических мероприятий [14]. Терапия алкогольной зависимости без диагностики и лечения психической патологии является делом бес-

перспективным, что, тем не менее, наблюдается в отечественной наркологии достаточно часто⁷.

Призывая коллег к более внимательному отношению к пациентам, закончим наши рассуждения высказыванием одного из корифеев советской психиатрии С.Г. Жислина⁸: «Без глубокого знания этих картин и их индивидуальных особенностей в каждом случае, без глубокого знания больного невозможна и истинная психотерапия, а последняя имеет первостепенное значение при любом методе лечения алкоголизма» [23, с.281].

Список литературы

1. Айзберг О.Р. Транскультуральное исследование пациентов с алкогольной зависимостью в Республике Беларусь и Германии: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н.: 14.00.45. БелМАПО. — Минск, 2005. — 19 с.
2. Александров А.А. Коморбидность тяжелых психических расстройств и зависимостей от психоактивных веществ: Обзор литературы // Мед. панорама. — 2004. — №11. — С. 15—17.
3. Александров А.А. Шизофрения и биполярное аффективное расстройство у пациентов с сопутствующим синдромом зависимости от алкоголя: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н.: 14.00.18.; Гродн. гос. мед. ун-т. — Гродно, 2005. — 20 с.
4. Анохин П.К. Избр. тр.: Философские аспекты теории функциональных систем. — М.: Наука, 1978. — 400 с.
5. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. — М.: Медицина, 1975. — 447 с.
6. Анохин П.К. Эмоции // БМЭ. 2-е изд-е. — М.: Сов. энциклопедия, 1964. — Т. 35. — С. 339—357.
7. Артемчук А.Ф. Проблема коморбизма алкогольной болезни и клинико-патогенетическое обоснование комплексных терапевтических программ: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — Киев, 2005. — 49 с.
8. Барденштейн Л.М., Пивень Б.Н. Коморбидные формы психических заболеваний. — М.: РИФ «Стройматериалы», 2008. — 120 с.
9. Бехтель Э.С. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. — М.: Медицина, 1986. — 272 с.
10. Благов Л.Н. Актуальные проблемы психопатологии аддиктивного заболевания. — М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2008. — 344 с.
11. Благов Л.Н. Феномен «легитимации аддиктивного поведения» при опиоидной зависимости — клиническая значимость и структурно-динамические характеристики // Наркология. — 2008. — №4. — С. 65—73.
12. Благов Л.Н., Кургак Д.И. О понятии коморбидности в клинической наркологии // Наркология. — 2006. — №5. — С. 58—63.
13. Благов Л.Н., Найденова Н.Г., Власова И.Б., Найденова И.Н. О роли психопатологии в клинике опиоидной зависимости // Наркология. — 2003. — №10. — С. 28—33.
14. Богданов А.С. Коморбидность в наркологической практике // Материалы II Съезда психиатров и наркологов Республики Беларусь. — Гродно, 2001. — С. 49.

⁷ Попытка критического анализа реальной ситуации в наркологической службе с выявлением коморбидной патологии у аддиктивных пациентов предпринята нами ранее [41].

⁸ В 30-е годы прошлого века С.Г. Жислин был сотрудником кафедры психиатрии Минского государственного медицинского института, с 1932 г. заведовал кафедрой психиатрии в Воронеже, с 1950 по 1952 гг. в Перми, затем многие годы руководил отделом в Московском институте психиатрии МЗ РСФСР.

15. Братусь Б.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. — 144 с.
16. Гофман А.Г., Малков К.Д., Яшкина И.В., Кожина Т.А. Шизофрения и заболевания шизофренического спектра, сочетающиеся с хронической алкогольной интоксикацией или алкоголизмом // Наркология. — 2003. — №5. — С. 35—39.
17. Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М.: МИКЛОГИ, 2003. — 215 с.
18. Гуревич Г.А. Коморбидные расстройства в наркологической практике. — М.: ИД «Медпрактика-М», 2007. — 120 с.
19. Двирский А.А., Иванников Ю.В., Бабанин В.А. Алкогольные расстройства у больных шизофренией // Журн. неврологии и психиатрии им. Коракова. — 2006. — №5. — С. 56—59.
20. Джекобсон Д. Преимущества полимодального подхода к пониманию аддиктивного поведения // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. — М.: Независимая фирма «Класс», 2004. — С. 199.
21. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. — М.: Медицина, 2003. — 447 с.
22. Додс Л. Психическая беспомощность и психология аддикции // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. — М.: Независимая фирма «Класс», 2004. — С. 151—164.
23. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. — М.: Медицина, 1965. — 320 с.
24. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. — Новосибирск: Наука. Сиб. отд-ние, 1988. — 198 с.
25. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. — М.: Медицина, 1980. — 169 с.
26. Ковалев А.А. Клинические особенности патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом, сформировавшимся на фоне психогенных заболеваний // Вопр. наркологии. — 2002. — №3. — С. 33—41.
27. Ковалев А.А. Клинические особенности форм злоупотребления алкоголем у больных алкоголизмом, сформировавшимся на фоне психогенных заболеваний // Наркология. — 2004. — №8. — С. 59—63.
28. Кокс Р. Наследие Абрахама Маслоу // А. Маслоу. Мотивация и личность / Пер. с англ. 3-е изд-е. — СПб.: Питер, 2007. — 351 с.
29. Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю. Личность и алкоголь. — Новосибирск: Наука, 1987. — 168 с.
30. Кохут Х. Анализ самости: Систематический подход к лечению нарциссических нарушений личности / Пер. с англ. — М.: Когито-Центр, 2003. — 368 с. (Современная психотерапия).
31. Кристал Г. Нарушение эмоционального развития при аддиктивном поведении // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. — М.: Независимая фирма «Класс», 2004. — С. 80—118.
32. Лисецкий К.С., Литягина Е.В. Психология и профилактика наркотической зависимости. — М.: Бахрах-М, 2008. — 224 с.
33. Лукьянов В.В. Роль алекситимического радикала в структуре личности больных с алкогольной зависимостью // Психосоматическая медицина: Сб. материалов 2-го Междунар. конгр. — СПб.: Реноме, 2007. — С. 104—105.
34. Малков К.Д. Клинико-динамические особенности расстройств шизофренического спектра и сочетающегося с ним алкоголизма: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н.: 14.00.18 / Моск. НИИ психиатрии. — М., 2001. — 20 с.
35. Меерс Д.Р. Аддиктивное поведение глазами детского аналитика // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. — М.: Независимая фирма «Класс», 2004. — С. 165—182.
36. Мэй Р. Открытие бытия. — М.: Ин-т Общегуманитарных исследований, 2004. — 224 с.
37. Мэй Р. Проблема тревоги / Пер. с англ. — М.: Эксмо-Пресс, 2001. — 432 с. (Серия «Психология. XX век»).
38. Перлз Ф., Хефферлин Р., Гудман П. Опыты психологии самопознания / Практикум по гештальттерапии. — М.: Гиль-Эстель, 1993. — 240 с. — (Классики зарубежной психологии).
39. Плоткин Ф.Б. Алекситимия как фактор формирования и поддержания аддикции // Наркология. — 2009. — №10. — С. 85—92.
40. Плоткин Ф.Б. Биологическая обратная связь и ее применение в аддиктологии // Наркология. — 2010. — №4. — С. 102—113.
41. Плоткин Ф.Б. Когнитивный диссонанс как причина нестабильности ремиссий при алкогольной зависимости // Наркология. — 2010. — №3. — С. 91—99.
42. Погосов А.В., Погосова И.А. О коморбидности алкогольной зависимости и панических расстройств // Вопр. наркологии. — 2004. — №1. — С. 10—19.
43. Проблемы высшей нервной деятельности / Под ред. П.К. Анохина. — М.: Изд-во Акад. мед. наук СССР, 1949. — 691 с.
44. Пятницкая И.Н. Наркомания: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 544 с.
45. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В.Д. Менделевича. — СПб.: Речь, 2007. — 768 с.
46. Сидоров П.И. История и современные вопросы применения алкоголя и наркотиков в лечебной практике // Наркология. — 2003. — №1. — С. 26—37.
47. Сидоров П.И. Этнонаркологическая превентология // Наркология. — 2003. — №6. — С. 21—30.
48. Симонов В.П. Высшая нервная деятельность человека. Мотивационно-эмоциональные аспекты. — М.: Наука, 1975. — 175 с.
49. Симонов П.В. Высшая нервная деятельность человека. Мотивационно-эмоциональные аспекты. — М.: Наука, 1975. — 175 с.
50. Симонов В.П. Эмоциональный мозг. Физиология. Нейроанатомия. Психология эмоций. — М.: Наука, 1981. — 215 с.
51. Скугаревская Е.И. Эмоции и алкоголизм. — Минск: Выш. школа, 1986. — 121 с.
52. Снедков Е.В., Бадри К., Полякова Г.Ю. Шизофрения с коморбидной алкогольной зависимостью // Психосоматическая медицина — 2007: Сб. материалов II Междунар. конгр., 31 мая — 1 июня 2007 г. — СПб., 2007. — С. 144.
53. Способ стабилизации ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью: пат. №10806: МПК (2006) А 61М 21/00 / Ф.Б. Плоткин. — №а 20050879; заяв. 08.09.2005; опубл. 30.06.2008 // Африцыйны бюл. — 2008. — №3. — С. 69—70.
54. Способ лечения алкогольной зависимости: пат. №9366: МПК (2006) А 61М 21/00 / Ф.Б. Плоткин. — №а 20040732; заяв. 28.02.2006; опубл. 30.06.2007 // Африцыйны бюл. — 2007. — №3. — С. 60—61.
55. Способ лечения пациентов с алкогольной зависимостью: пат. №10793: МПК (2006) А 61М 21/00 / Ф.Б. Плоткин. — №а 20050867; заяв. 02.09.2005; опубл. 30.06.2008 // Африцыйны бюл. — 2008. — №3. — С. 69].
56. Сэбшин Э. Психоаналитические исследования аддиктивного поведения: обзор // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. — М.: Независимая фирма «Класс», 2004. — С. 13—27.
57. Тарт Ч. Измененные состояния сознания / Пер. с англ. — М.: Эксмо, 2003. — 288 с.
58. Тхостов А.Ш., Грюнталь Н.А., Елшанский С.П., Белокрылов И.В. Дефицитность внутреннего контроля у больных опийной наркоманией как фактор наркотизации // Вопр. наркологии. — 2001. — №3. — С. 48—54.
59. Фрейд З. Остроумие и его отношение к бессознательному. — СПб.; М.: Университет. книга; АСТ, 1997. — 318 с.
60. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности / Пер. с англ. — Минск: ООО «Поппури», 1999. — 624 с.
61. Фромм Э. Забытый язык. Введение в науку понимания снов, сказок и мифов. // Душа человека: Сб. — М.: Республика, 1992. — С. 179—298. (Мыслители XX века).

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

62. Фромм Э. Человек для себя / Пер. с англ. — Минск: Коллегиум, 1992. — 253 с.
63. Хайдеггер М. Бытие и время / Пер. с нем. — 3-е изд-е, испр. — СПб: Наука, 2006. — 451 с.
64. Ханзян Э. Уязвимость сферы саморегуляции у аддиктивных больных: возможные методы лечения // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. — М.: Независимая фирма «Класс», 2004. — С. 28—54.
65. Холмс П. Внутренний мир снаружи: теория объектных отношений и психодрама — М.: Независимая фирма «Класс», 1999. — Вып. 74. — 288 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).
66. Чирко В.В., Дроздов Э.С. Эндогенные психозы и зависимость от психоактивных веществ: рук. по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: ИД Медпрактика, 2002. — Т. 1. — С. 385—407.
67. Barbara E. Havassy, Jennifer Alvidrez, Karilyn K. Owen. Сравнительное изучение пациентов с психическим заболеванием и сопутствующим расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ: значение для лечения и оказания помощи // Обзор современной психиатрии. — 2004. — Вып. 1(21). — С. 84.
68. Medina-Mora M.E. Профилактика злоупотребления психоактивными веществами: краткий обзор литературы // Обзор современ. психиатрии. — 2005. — №1. — С. 90—96.
69. Medina-Mora M.E. Prevention of substance abuse: a brief overview // World Psychiatry. — 2005. — Vol. 4, №1. — P. 25—36.
70. Mental substance comorbidities in the ICPE surveys / R.C. Kessler et al. // Psychiatria Fennica. — 2001. — Vol. 32. — Suppl. 2. — P. 62—79.
71. Merikangas K.R., Stevens D.E., Eferston B. et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: result of International Consortium of Psychiatric Epidemiology // Addict Behav. — 1998. — Vol. 23. — P. 893—907.
72. National Institute on Drug Abuse. Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide. NIH Publication №97-4212, Rockville, 1997.
73. Symonds P.-M. The dynamics of human adjustment. — New York: Appleton-Century-Crofts Inc., 1946. — P. 138.
74. Volkow N.D. Злоупотребление психоактивными веществами и психическое заболевание: прогресс в понимании коморбидности // Обзор современной психиатрии. — 2003. — Вып. 1(17). — С. 28—29.

AFFECTIVE DISORDERS AND PSYCHOACTIVE SUBSTANCES (PAS) ABUSE: PATHOLOGICAL COMPENSATION AND ADDICTION FORMING MECHANISMS

PLOTKIN F.B. Minsk City Addiction Centre, Belarus

Inner control role in the regulation mechanisms of activities has been described. Emotion significance in motivation processes modification, behaviour and personality adaptation in social environment has been shown. Own affects realization importance as meaningful psychological events has been proved, possible presence in some cases of alexitymia as a phenomenon, impeding this process has been pointed out. Having meaning for a patient reasons for psychoactive substances (PAS) abuse in emotional sphere disorders have been analyzed. Preferably psychic and psychological PAS effect determination in addiction clinical picture, that shows addicts switching over to other pharmacological groups PAS has been emphasized. Addiction formation mechanisms have been traced, psychological factors leading role in that has been stressed. Psychic disorders revealing and treatment importance when certain PAS abuse could play compensatory role has been shown.

Key words: addiction, affects, alexitymia, psychoactive substances, comorbidity